

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA
LICENCIATURA EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL



**HABILIDADES DE INTERACCIÓN - COMUNICACIÓN EN EL DESEMPEÑO
OCUPACIONAL DE LOS RESIDENTES DEL HOGAR REINA DE LA PAZ DE
SAN MARCOS, INFECTADOS CON VIH. ABRIL-MAYO 2018.**

Presentado por:

López Ayala, Karen Gabriela	LA09042
Rivera Navidad, Marcela Alejandra	RN12008
Vásquez Flores, Karina Yamileth	VF07003

Previa Obtención al Grado Académico de:

Licenciatura en Fisioterapia y Terapia Ocupacional

Docente asesor:

Licda. Martha Arévalo De Argueta

Ciudad universitaria, 24 de Septiembre del 2018

AUTORIDADES VIGENTES

Lic.y MsC Roger Armando Arias

Rector de la Universidad

Dr. Manuel de Jesús Joya

Vicerrector Académico de la Universidad

Ing. Nelson Bernabé Granados

Vicerrector Administrativo de la Universidad

Lic. Cristóbal Hernán Ríos Benítez

Secretario General de la Universidad

Dra. Maritza Mercedes Bonilla Dimas

Decana de la Facultad de Medicina

Licda. Dálida Ramos de Linares

Directora de la Escuela de Tecnología Médica

MsD Lic. Julio Ernesto Barahona Jovel

Director de la Carrera de Fisioterapia y Terapia Ocupacional

PROCESO DE GRADUACIÓN APROBADO POR:

Licda. Martha Arévalo De Argueta

Docente Asesor de Proceso de Graduación de la Carrera

Lic-MsD Julio Ernesto Barahona Jovel

Coordinador General de Procesos de Graduación de la Carrera

INDICE

INTRODUCCION.....	4
CAPITULO I	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
A. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.....	7
B. ENUNCIADO DEL PROBLEMA.....	10
C. JUSTIFICACIÓN.....	11
D. OBJETIVOS.....	13
✓ OBJETIVO GENERAL.....	13
✓ OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
CAPITULO II	
MARCO TEORICO.....	14
1. INTRODUCCIÓN.....	15
2. VIRUS D ELA INMUNODEFICIENCIA HUMANA VIH.....	15
3. DIFICULTADES EMOCIONALESFRENTA AL DIAGNOSTICO DE VIH.....	22
4. TERAPIA OCUPACIONA EN PACIENTES CON VIH.....	26
5. LAS PERSONAS CON VIH FRENTA AL ESTIGMA EN LA COMUNIDAD.....	47
CAPITULO III	
OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES.....	49
CAPITULO IV	
DISEÑO METODOLÓGICO.....	51
CAPITULO V	
PRESENTACIÓN, ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	56
CAPITULO VI	
CONCLUSIONES.....	94
RECOMENDACIONES.....	96
BIBLIOGRAFÍA.....	97
ANEXOS.....	99

INTRODUCCION

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función, esto hace que el sistema inmunitario se deteriore progresivamente, produciendo una deficiencia al no poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH.

El VIH y su tratamiento ocasionan además de cambios físicos, cambios emocionales y psicológicos por lo que su desempeño ocupacional se puede ver afectado, es por eso que la terapia ocupacional, juega un papel fundamental, ya que es una disciplina que se ocupa de la promoción de la salud y el bienestar a través de la ocupación. El VIH/ SIDA es una de las patologías que se puede abordar utilizando la terapia ocupacional, ya que promueve la participación activa del paciente al realizar actividades con propósito ideadas por el terapeuta, con el objetivo de mantener la autonomía del paciente para realizar sus AVD.

Este trabajo de investigación se centra en el abordaje de la terapia ocupacional en las habilidades de comunicación interacción que afectan el desempeño ocupacional de las personas con VIH/SIDA.

En el capítulo I se presenta el planteamiento de problema, describiendo la situación problemática de la población en estudio, el enunciado, la justificación y los objetivos encaminados a reconocer el perfil ocupacional y evaluar si hay deficiencias en las

funciones mentales afectivas (según CIF), y en las habilidades de interacción comunicación durante la realización de sus actividades de desempeño diario.

En el capítulo II se fundamenta la investigación con el Marco Teórico, retomando la temática del VIH, las dificultades emocionales frente a dicho Diagnostico, el papel de la Terapia Ocupacional en este tipo de población y el estigma al que se someten en la comunidad.

En el capítulo III, se muestra la Operacionalización de las variables de estudio, mostrando su definición conceptual, operacional, sus dimensiones e indicadores.

El capítulo IV corresponde al Diseño Metodológico, definiendo el tipo de estudio, la población y muestra constituida por los 17 residentes del Hogar, se detalla el procedimiento seguido para la recolección de datos y su posterior análisis.

En el capítulo V se dan a conocer los resultados de la Investigación, a través de tablas y gráficos de frecuencias y porcentajes. Cada uno con su respectivo análisis descriptivo. Posteriormente se presenta la interpretación de los mismos.

Al final se dan a conocer las conclusiones en concordancia a los objetivos, las recomendaciones, y la Bibliografía. Se anexan el documento de Consentimiento Informado y los instrumentos de evaluación.

CAPITULO

I

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

A. SITUACIÓN PROBLEMÁTICA.

Según la OMS, el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (en adelante VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente "inmunodeficiencia". Se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH(1).

El VIH y su tratamiento pueden causar cambios de tipo emocional tal como la depresión, estrés, ansiedad, al igual que cambios de tipo psicológico como confusión y dificultad para concentrarse; el contexto en el que se desenvuelven también es afectado, es decir, puede que haya ruptura con la pareja o cónyuge, exclusión o aislamiento social(2).

La discriminación afecta profundamente a las personas, causando pérdida de autoestima, sentimientos de culpa y vergüenza. De hecho, no resulta raro encontrarnos con personas que han sido rechazadas y discriminadas no sólo por su condición de seropositividad, sino también por otras razones referidas por ejemplo a su orientación sexual, o bien por ser consumidoras de drogas.

El Ministerio de Salud (MINSAL) a través del Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA, conscientes del impacto de la enfermedad en la población y en el desarrollo social y económico de las comunidades, ha tomado desde hace varios años una posición estratégica y de avanzada ante la amenaza del VIH/SIDA. Es por ello que en los últimos años se han producido grandes avances a nivel mundial en torno a la infección, tanto en el conocimiento de sus características como en las formas de retrasar sus efectos negativos para la salud; también a nivel nacional se han cosechado múltiples logros frente al VIH/SIDA (3).

En nuestro país, existe el Hogar Reina de la Paz, fundado por las Misioneras de la Caridad, que asiste a ancianos y a personas con VIH (4). Que están en condición de indigencia o de abandono por parte de sus familias. El hogar les brinda los cuidados de alimentación y medicación básica a las personas que allí residen. En el caso de las personas con VIH se encuentran 27 personas , 12 varones y 15 mujeres, que padecen de esta enfermedad entre las edades de 26 a 73 años; algunos cuentan con el apoyo de familiares que les visitan, sin embargo por la enfermedad y el estigma que esta representa su desempeño ocupacional se ve afectado y esto ocasiona dificultades para adaptarse y enfrentarse a esa nueva situación de vida, ya que la misma sociedad genera un impacto negativo, desencadenando rechazos, discriminación, rupturas familiares haciendo que la persona pierda su valor y al sentirse degradado por todos, tiende a adquirir actitudes negativas que no solo lo afectan a él sino también a las personas que lo rodean adoptando hasta actitudes hostiles contra las personas que les quieren brindar ayuda(5).

Para los Terapeutas Ocupacionales el desempeño ocupacional define las habilidades de llevar a cabo las actividades diarias de la vida, lo que incluye las áreas de ocupación (AVD-AIVD-trabajo-educación-esparcimiento-participación social)(6) y da como resultado el logro y la participación de estas ocupaciones o actividades a través de la transacción dinámica entre la persona, actividad y contexto; esta compleja relación implica valorar las habilidades de desempeño que constituyen los rasgos distintivos de lo que la persona hace relacionado con elementos observables en una acción y con propósitos funcionales implícitos dentro de estas, están las habilidades de interacción comunicación que permiten el intercambio social de las personas(6). Evaluar si estas habilidades presentan alteración en este tipo de población es importante, ya que su participación ocupacional e interacción social se ha visto restringido y modificado por el contexto de su condición de salud y el entorno en que se encuentran atendidos y esto puede repercutir en el desarrollo de sus acciones, comportamientos y desenvolvimiento lo que incidirá en su calidad de vida.

Por tanto, evaluar las habilidades de comunicación interacción de los residentes con VIH, es necesario para verificar su comportamiento social cuando realizan sus tareas y se comunican e interactúan con las otras personas ya que aún el autocuido lo realizan en presencia o ayuda de otras personas, y les toca socializar también con los otros internos en el hogar.

Es así como surgió el siguiente enunciado del problema:

B. ENUNCIADO DEL PROBLEMA.

¿Cómo utilizan las habilidades de interacción comunicación en su desempeño ocupacional los residentes del Hogar Reina de la Paz de San Marcos, infectados con VIH?

C. JUSTIFICACIÓN.

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana es una epidemia que se ha propagado rápidamente afectando a muchos salvadoreños y salvadoreñas sin distinguir edad, sexo, clase social y creencia religiosa, representando un gran reto para nuestro país, la sociedad, las instituciones de salud y sus profesionales tanto en la escuela preventiva como en la asistencial(1).

El tratamiento que se emplea genera cambios emocionales y psicosociales, es por eso que la terapia ocupacional puede intervenir sobre estos aspectos cuando mantiene los roles ocupacionales de las personas, de manera que afronten los cambios causados en su desempeño debido a la enfermedad y también potenciar su calidad de vida. Para ello fue necesario evaluar el perfil ocupacional de los residentes infectados con VIH que están en el Hogar Reina de la Paz y posteriormente una evaluación de sus habilidades de interacción-comunicación para verificar si existía alguna alteración en ellas que pudiera incidir en su desempeño ocupacional. Identificarlas permitirá hacer a posterior intervenciones, más precisas que le permitan integrarse de mejor manera a su ambiente, disminuir pensamientos negativos asociados a su enfermedad, reducir el estrés debido al miedo a lo desconocido, al dolor, a la pérdida de independencia, a su apariencia física y el progreso o evolución de la enfermedad. La terapia ocupacional permite adaptar estos cambios mediante una correcta evaluación e intervención. Con este estudio se alcanzó a evaluar este aspecto concreto, esperando que pueda conducir a investigaciones futuras ya que el papel de la terapia ocupacional en este ámbito aun no ha sido desarrollado en nuestro país.

Se consideraron también las destrezas de regulación emocional que podían estar afectadas tales como el interés, autocontrol, sentimientos y reacciones emocionales de los residentes; y las destrezas de comunicación y sociales en las que encontramos problemas tales como las actitudes, desempeño de roles, autoexpresión e interacción social; todo con la finalidad de poder ayudarle al paciente a reintegrarse a sus actividades cotidianas.

Además esta investigación permitió ampliar los conocimientos que actualmente se tienen y generar un cambio a la hora de brindar atención a los pacientes en todas las fases de la enfermedad y todos los ámbitos que afecta.

El estudio fue viable y factible porque se contó con los permisos del hogar para llevar a cabo la investigación y acceder a los residentes a quienes se les comunicó la información precisa sobre la evaluación de terapia ocupacional. Los gastos de ejecución estuvieron a cargo del equipo investigador.

D. OBJETIVOS.

✓ Objetivo General:

Determinar la influencia de las habilidades de interacción comunicación en el desempeño ocupacional en los residentes del Hogar Reina de la Paz de San Marcos, infectados con VIH. Abril-Mayo 2018.

✓ Objetivos Específicos:

- Conocer los perfiles ocupacionales iniciales de las personas residentes infectados con VIH.
- Identificar si las funciones mentales afectivas presentan deficiencias en los residentes con VIH.
- Evaluar las habilidades de interacción-comunicación en actividades en que participan los residentes con VIH.

CAPITULO

II

CAPITULO II

MARCO TEORICO

1. INTRODUCCION.

Un grupo integrado por investigadores de EEUU, Francia, el Reino Unido y Camerún, señalaron que pruebas genéticas extraídas de material fecal de chimpancés en las selvas de Camerún han determinado que el virus identificado como VIH-1, surgió de ese tipo de primates(7).

El SIDA es una enfermedad nueva, la comunidad médica percato por primera vez de su existencia en junio de 1981. Cuando el Centro para el Control de las Enfermedades (CDC) anunciaron la aparición de neumonía por *Pneumocystis jiroveci* en cinco hombres homosexuales, antes sanos, en Los Ángeles, y Sarcoma de Kaposi en 26 individuos, también antiguos homosexuales en New York y en Los Ángeles(3).

En el salvador son muchas las entidades que trabajan por detener la epidemia, los cuales suman esfuerzos, en ayudar a la prevención y las personas viviendo con VIH.

2. VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA VIH.

Según la OMS, el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, es decir que se presenta susceptible a las infecciones y enfermedades. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es un término que se aplica a los estadios más avanzados de la infección por VIH y es donde se evidencian mas los signos y síntomas que presentan (1).

2.1 Diagnostico.

El diagnostico del Virus de la Inmunodeficiencia Humana es determinado por el análisis de sangre para detectar la presencia de anticuerpos (proteínas que pelean contra la enfermedad) contra el VIH mediante el uso de dos tipos diferentes de pruebas de anticuerpos: ELISA Y Western blot. Los anticuerpos contra el VIH generalmente no alcanzan concentraciones notables en la sangre dentro del mes a los tres meses después de la infección. El VIH destruye progresivamente la capacidad del cuerpo para pelear contra las infecciones y algunos canceres al dañar y matar a los linfocitos T (células T) que son responsables de pelear contra las enfermedades en el sistema inmunológico del cuerpo. Los individuos con un recuento de linfocitos T por debajo de 200 reciben un diagnostico de infección oportunista marcadora de SIDA(8).

2.2Evolución y síntomas típicos.

Los individuos comienzan a presentar síntomas gripales 1 a 2 semanas después de la exposición al VIH. Durante este periodo, las personas son muy infecciosas y el VIH está presente en grandes cantidades en los líquidos genitales. Es posible que los síntomas más persistentes o graves no aparezcan durante 10 años o más después del primer ingreso del VIH en el cuerpo en los adultos o dentro de los dos años en los niños que nacieron VIH-positivos. A medida que el sistema inmunológico se deteriora, aparecen los primeros signos de infección en los ganglios linfáticos grandes. Los síntomas más prevalentes antes del inicio del SIDA incluyen(8):

- Falta de energía.
- Pérdida de peso.
- Fiebres y sudores frecuentes.
- Infecciones persistentes por levaduras (orales o vaginales).
- Erupciones cutáneas persistentes o piel escamosa.
- Pérdida de memoria reciente.

Los síntomas relacionados con el inicio de la enfermedad oportunista incluyen:

- Tos y disnea.
- Convulsiones y falta de coordinación.
- Deglución difícil o dolorosa.
- Síntomas mentales como confusión y olvidos.
- Diarrea grave y persistente, náuseas, cólicos, vómitos.
- Pérdida visual, pérdida de peso y fatiga extrema.
- Cefaleas intensas.
- Coma.

2.3 Causa y etiología.

El VIH se encuentra principalmente en la sangre, el semen o el flujo vaginal de una persona infectada también en la leche materna. Se transmite principalmente de tres formas(7):

1. Al tener relaciones sexuales (por medio anal, vaginal u oral) con alguien infectado con el VIH.
2. Por compartir agujas y jeringas con alguien infectado con el VIH.
3. Por la exposición (en el caso de un feto o bebé) al VIH antes de nacer o durante el parto o al ser amamantado.

2.4 Problemas asociados.

La depresión es muy frecuente entre los individuos con VIH/SIDA y debe considerarse en el plan terapéutico, también se asocia con muchas complicaciones neurológicas como cambios cognitivos y motores que pueden afectar la capacidad de un individuo para completar las AVD. El consumo de alcohol aumenta el riesgo de desarrollar algunas infecciones que pueden ocurrir como complicaciones del SIDA. Estas infecciones asociadas al alcohol como con el SIDA son: Tuberculosis, Neumonía y Hepatitis C(8).

2.5Intervención.Medicaciones.

Los prestadores de atención de la salud deben utilizar una combinación de medicamentos para suprimir eficazmente el VIH. Cuando se emplean múltiples fármacos (tres o más) combinados, este tipo de tratamiento se denomina: terapia antirretroviral altamente eficaz (HAART). Es la forma de tratamiento más frecuente en individuos con VIH o SIDA. No es una curación, sin embargo, ha mejorado mucho la salud de muchas personas con la enfermedad y reduce la cantidad de virus circulante en la sangre hasta en niveles casi indetectables(8).

2.6Prevalencia.

La prevalencia de VIH/SIDA en los Estados Unidos al final del año 2003 era de 1.039.000-1.185.000. De estos, alrededor del 25% de los individuos VIH-positivos desconocían su infección. Cada año se infectan por VIH 40.000 personas en los estados unidos, afectando a hombres y mujeres, sin embargo en el año 2004, casi el 75% de los diagnósticos fueron de adolescentes y adultos de sexo masculino. Las mujeres representan el 27% de los diagnósticos recientes. Afecta a todos los grupos étnicos, sin embargo en 2004, el 50% de las personas de los Estados Unidos fueron afroamericanos, los caucásicos representaron el 30%, los hispanos el 18%, los asiáticos el 2%(8).

2.7VIH en El Salvador.

El primer caso oficial de VIH/SIDA en El Salvador, se detectó en 1984. Por lo que el gobierno dio inicio a las primeras actividades de prevención en 1988 se implemento el primer plan estratégico contra el VIH/SIDA en 1999; debido a la magnitud de dicho fenómeno, en la actualidad se está implementando un nuevo plan estratégico para

abordar dicha problemática. En reconocimiento al creciente problema del VIH/SIDA en El Salvador y a sus efectos adversos, el gobierno promueve una respuesta unificada entre sectores al VIH/SIDA, incluida la cooperación con organizaciones no gubernamentales (ONG) y organizaciones donantes nacionales e internacionales como la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID)(9).

En el 2001, en colaboración con varias organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, el gobierno de El Salvador consiguió:

- Desarrollar un plan estratégico para la prevención y control del VIH/SIDA y las ITS;
- Ratificar una legislación nacional sobre el SIDA con el fin de amparar los derechos de los pacientes y garantizar el tratamiento de las personas que viven con VIH/SIDA;
- Reforzar y expandir los esfuerzos destinados a atender y cuidar a las personas que padecen de VIH/SIDA;
- Actualizar los protocolos nacionales de tratamiento de VIH/SIDA y de ITS;
- Dar inicio a provisiones para poner en marcha terapias antirretrovirales destinadas a tratar personas que viven con VIH/SIDA y prevenir la transmisión de madre a hijo.

A partir de 1999, USAID El Salvador incorporo un componente relacionado con el SIDA en su actividad bilateral “salvadoreños saludables”. Hasta la fecha, la asistencia técnica y las actividades contra el VIH/SIDA patrocinadas por USAID en El Salvador han apoyado:

- El desarrollo del Programa Nacional contra el VIH/SIDA.

- El desarrollo de protocolos de tratamiento para el VIH/SIDA y de normas para las ITS;
- La capacitación del personal del sector público y privado para el asesoramiento en asuntos relacionados con VIH/SIDA, tratamiento de ITS y atención de pacientes de pediatría con VIH/SIDA; Y
- La introducción de una línea telefónica VIH/SIDA directa.

El Salvador ha ratificado una legislación que promueve los derechos de los pacientes y garantiza el acceso al tratamiento(decreto 588 dado en el palacio legislativo el 24 de octubre de 2001, que entro en vigencia 8 días después de su publicación en el diario oficial del día 23 de noviembre de 2001) originalmente, la ley incluía una provisión que permitía la realizaciones de exámenes de VIH obligatorios a empleados, pero esa provisión fue removida antes de su ratificación en noviembre del 2001.

En enero del 2002, el Ministerio de Salud, comenzó a ofrecer tratamiento antirretroviral. Al igual que en otros países en la región, en El Salvador no se hace distinción entre las personas aseguradas en términos de salud. Junto con otros países, El Salvador negoció la reducción de precios de medicamentos retrovirales con productos farmacéuticos importantes.

En El Salvador se estima que 35.000 personas están infectadas con VIH y que en el 2007 murieron 1,700 personas a causa del virus. Las estadísticas dadas por el Ministerio de Salud sobre los casos de SIDA en el país puedan distar mucho de la realidad.

Según en el informe de salud, el 82.2% de los casos de SIDA son en el área urbana frente a un 17.5% del área rural. De los casos registrados, la mayoría de enfermos oscila

entre los 25 y 34 años seguido por otro grupo que tiene entre 15 y 24 años. En San Salvador, La Libertad y en Santa Ana es en donde más casos son reportados.

El VIH no solo afecta físicamente, sino psicológicamente y emocionalmente y es ahí donde inicia el papel de la terapia ocupacional, que busca mantener la independencia en los clientes, a continuación, se detalla más la información.

2.8 Hogar Reina de la Paz de San Marcos.

En El Salvador son pocos los lugares disponibles para personas con VIH-SIDA, que cuenten con los recursos y espacios adecuados para atender las necesidades de dichas personas, sin embargo en el Hogar Reina de la Paz es uno de los lugares que se encuentra vigente para personas que adolecen esta enfermedad.

Este espacio, que albergan alrededor de 60 ancianos, unas 30 personas que padecen de SIDA y cumple la función de centro de día para adultos mayores, funciona gracias a la colaboración de los salvadoreños, donativos y a la ayuda brindada por los Laicos Misioneros de la Caridad (LMC).

La Madre Teresa de Calcuta (1910-1997) fundó la orden de las Hermanas Misioneras de la Caridad en 1950. Y en 1984, junto con el padre Sebastián, creó a los Laicos Misioneros de la Caridad. El grupo LMC correspondiente a El Salvador fue fundado en 2007. Sus cinco integrantes recibieron una formación especial y se rigen de acuerdo a sus estatutos para una vida sencilla y sobre todo una vida cristiana. Rubí de Ábrego, Carmina Figueroa, Carmen Hernández, Cecilia Clará y doña Margot son las cinco personas que integran a los LMC en el país. Además cuentan con Jorge Batres, un aspirante.

La entrega que las Misioneras de la Caridad dan, no solo se reduce a atención completa a los albergados sino que también ayudan a las personas de la comunidad, con una guardería, un comedor abierto y la repartición de alimentos a las personas de escasos recursos.

Fue el 3 de diciembre del 2004 que las Misioneras de la Orden de Calcuta inauguraron el primer centro para enfermos terminales con el Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) en el marco de las celebraciones del Día Internacional de la lucha contra la mortal enfermedad que se trabaja con recursos del Programa Nacional del VIH-SIDA del Ministerio de Salud, financiado por el Fondo Global del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en El Salvador (PNUD).

El Jefe del Programa de Nacional del VIH, Rodrigo Simán, mostró su preocupación por el aumento de casos por lo que decidió ayudar para que el albergue alojara a las personas que por el momento se encontraban viviendo en las calles de San Salvador y padeciendo dicha enfermedad.

El Hogar Reina de la Paz está ubicado en la urbanización San Marcos, final pasaje 9, block "A", antigua calle a Zacatecoluca. Los horarios de visita a los albergados del lugar son de lunes a domingo de 8:00 a 11:30 de la mañana y de 2:30 a 5:30 de la tarde(4).

3 DIFICULTADES EMOCIONALES FRENTE AL DIAGNOSTICO DE VIH.

Ante el diagnóstico de VIH la primera reacción de la persona infectada es generalmente la de una reacción catastrófica con una fuerte carga emocional por la percepción del miedo a una muerte cercana e inevitable tras un curso doloroso por la enfermedad. El

diagnóstico de VIH-SIDA produce sobre los enfermos, idénticos trastornos psicológicos que cualquier otra enfermedad que lleva indefectiblemente a la muerte.

Son diversas las emociones y sentimientos que presentan las personas infectadas con

El VIH, sin embargo entre las más comunes se destacan: sentimientos de ira, depresión, fatiga, temor y culpa. Cabe mencionar que estos sentimientos no representan etapas de la enfermedad, ni siguen un orden establecido. En algunas personas sobresalen más algunos, los sienten con mayor intensidad; en cambio para otras les resultará menos intenso o quizás no experimenten alguno de ellos.

La reacción más inmediata después de conocer el diagnóstico es el shock emocional en el que la persona muestra desconcierto y confusión, las reacciones que muestren pueden ser diversas que van desde el llanto, indiferencia o agresividad; posteriormente se atraviesa un proceso de duelo, este se presenta en los días, semanas o meses siguientes de haber recibido el diagnóstico, este proceso fue estudiado y descrito por Elizabeth Kübler-Ross, originalmente se creó para enfermos con cáncer, pero se puede aplicar a la experiencia de las personas con VIH/SIDA(9).

- **Negación.** Caracterizada por un estado de incredulidad, confusión, ansiedad o desconcierto. Es usual que la persona ponga en duda la validez del diagnóstico y se realice la prueba en otro laboratorio, buscando un resultado diferente. Es también expresión de negación, la actitud de quien vive a espaldas del diagnóstico, como si desconociera que está infectado por el VIH.
- **Resentimiento y cólera.** Se presenta ante una situación que se considera injusta, en la cual se buscan responsables y culpables. Las personas pueden reaccionar

dirigiendo su hostilidad hacia distintos “blancos”, por ejemplo contra la persona que le transmitió el VIH, o indiferenciadamente contra la “sociedad”, como una reacción de venganza.

- **Negociación.** En esta fase ya hay una aceptación parcial del diagnóstico, pero se busca una cura sobrenatural mágica y, en retribución, la PVVS promete hacer un cambio significativo en su vida u ofrece un sacrificio. Es frecuente que la PVVS busque refugio en grupos religiosos o espirituales, buscando “curas milagrosas”.
- **Depresión.** Es una reacción emocional muy frecuente que se alimenta de los sentimientos de culpa, autoreproches y deterioro de la autoestima. Estas reacciones aparecen cuando las personas presentan miedo en cuanto a las pérdida de trabajo, familia, progreso de la enfermedad y la muerte, en ocasiones puede llegar a fortalecer ideas suicidas, tiende a aislarse de la sociedad, a fomentar la soledad.
- **Aceptación del diagnóstico.** Significa aprender a vivir con el VIH o con el SIDA. En esta etapa la persona reelabora sus planes de vida y esquema de valores. Comienza a privilegiar la “calidad” de vida antes que la “cantidad” de vida, se compromete a replantearse proyectos personales o de bien común. En general, esta es una etapa de desarrollo y enriquecimiento personal. Es necesario precisar que estas cinco fases del proceso de duelo no se dan necesariamente en forma secuencial, ni se cumplen todas. Por ejemplo, puede haber quien permanezca todo el tiempo en negación o en depresión, o quien no logre llegar a la aceptación, o quien retroceda a fases superadas en función de los estadios de la infección (9).

Existen otras reacciones emocionales que pueden llegar a presentar las personas con VIH: ira, fatiga, miedo, temor, ansiedad, sentimientos de culpa, angustia, estrés, pensamientos suicidas, sentimientos de pérdida.

El VIH es un problema a nivel mundial, es por eso que con el tiempo se han cosechado múltiples logros a nivel nacional y se han producido grandes avances a nivel mundial en torno a la infección.

Pero también aparece otro factor además del daño físico que se produce, y es el estigma social y cultural. Las personas con el VIH/SIDA tienen un factor común que viene relacionado con la estigmatización por parte de la sociedad. Goffman definía el estigma como aquel atributo que desacredita socialmente a quien lo soporta, y a los individuos, grupos y comunidades en los que ellos y ellas interactúan. Sometiéndole a reacciones adversas, de hostilidad y de rechazo que favorecen la soledad y el aislamiento social. Gran parte de la sociedad sigue pensando que quien la padece es debido a sus malos hábitos o conductas, etiquetándolos de esta manera como drogadictos o promiscuos e interfiriendo así en su realización como personas(10). La exclusión social a causa del VIH/SIDA se expresa de múltiples maneras, algunas muy sutiles y otras demasiado evidentes para dejar de verlas. Pero todas las formas de exclusión social coinciden en un hecho que, aunque se conoce, es inadmisibile para cualquier sociedad o país democrático: la violación de los derechos humanos esenciales de las personas que viven o padecen la enfermedad, consagrados en la Declaración Universal de Derechos Humanos suscritos y ratificados por la inmensa mayoría de los países del mundo (El derecho a la vida, salud, igualdad, trabajo etc).

El VIH/SIDA no afecta de la misma manera a las personas de distinta condición socioeconómica. Hay una marcada tendencia a castigar más a quienes se encuentran en situación de mayor vulnerabilidad. Se produce, entonces, una especie de sobre-exclusión, es decir, la exclusión social de los ya excluidos por otras razones (homosexuales, drogadictos, prostitución y prácticas sexuales distintas a las socialmente aceptadas. La estigmatización social de la enfermedad amplifica las exclusiones en los espacios laborales, en los servicios de salud y hasta en el seno de las unidades familiares.

4. TERAPIA OCUPACIONAL EN PACIENTES CON VIH.

El diagnóstico del VIH supone un gran impacto psicológico en la vida de una persona, que comienza desde informar al familiar y al paciente su condición de salud, esta noticia va a afectar su estado emocional, aumentando así los niveles de estrés, pudiendo adquirir un estado mayor de depresión y más aún cuando se someten a tratamientos. Estos tratamientos obligan al usuario a cambiar su rutina y esto repercute en todas las áreas de la vida personal y social. El cliente tendrá que superar las etapas, identificadas por la Dra. Kübler Ross en 1969: negación, resentimiento y cólera, negociación, depresión y aceptación del diagnóstico(9). Se estima que no todos los pacientes con VIH son capaces de superar estas etapas, pero también existen los que logran vencer y superarlas, superando así la permanencia en el hogar, tratamiento y complicaciones, enfocándose en luchar contra la enfermedad. Es por esto que se busca un tratamiento atendiendo al usuario de una forma integral y holística, que no solo se preocupe de su enfermedad, sino también pueda responder a las necesidades sociales y psicológicas. Por

consiguiente, el cliente debe atenderse en todas las fases de la enfermedad y en todos los ámbitos afectados en su vida.

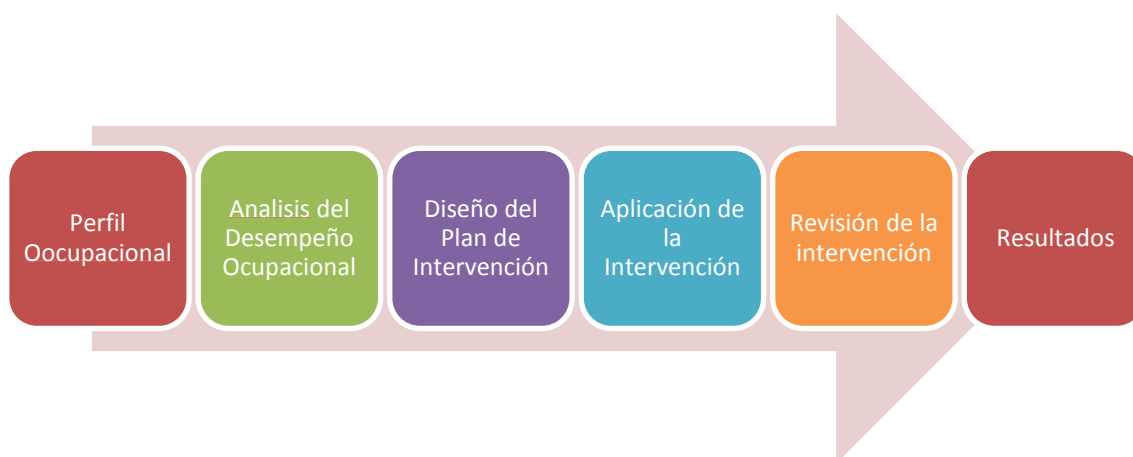
El rol de los terapeutas ocupacionales ha aumentado en el tratamiento del VIH, quienes se encargan de fomentarla participación activa del paciente y su familia, al mismo tiempo creando una relación terapeuta- paciente, buscando integrar todas las habilidades preservadas en sus actividades diarias, a través de actividades recreativas, manteniendo su independencia e interviniendo en todos los factores en los que se ve involucrada la persona con VIH.

4.1 Definición de Terapia ocupacional.

Existen muchas definiciones de terapia ocupacional, pero la más difundida y conocida es la que planteo la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales (WFOT). “La terapia ocupacional es una profesión que se ocupa de la promoción de la Salud y el Bienestar a través de la ocupación. El principal objetivo de la terapia ocupacional es capacitar a las personas para participar en las actividades de vida diaria. Los terapeutas logran este resultado mediante la habilitación de los individuos para realizar aquellas tareas que optimizarán su capacidad para participar, o mediante la modificación del entorno para que éste refuerce la participación”(11). La terapia ocupacional, se basa en la ocupación, es decir se considera parte de la actividad humana, por lo que la persona es vista como un ser ocupacional, participando en actividades de distinta índole y en los diferentes contextos a los que se ve sometido.

4.2 Proceso de Terapia Ocupacional.

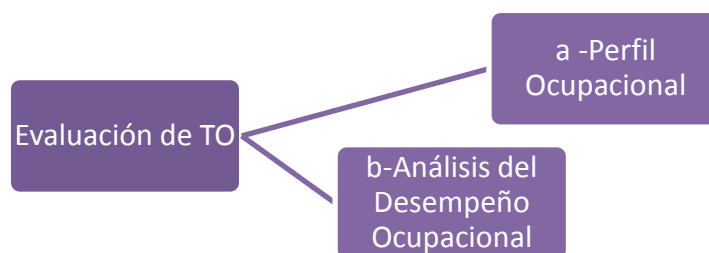
El proceso de la terapia ocupacional es centrado en el cliente y la ocupación, este proceso incluye(6):



4.3 La Evaluación de Terapia Ocupacional.

Es un proceso cooperativo que se centra en el conocimiento de las personas como seres ocupacionales, y que dan un sentido a sus vidas a través de sus ocupaciones. Este proceso evalúa la identificación de las ocupaciones y el desempeño en las actividades cotidianas (de la vida diaria) que son problemáticas para las personas. Consiste en saber que desean y necesitan hacer las personas y en la identificación de los factores que favorecen o impiden un desempeño adecuado. Analiza la interacción entre las personas, sus habilidades y patrones ocupacionales, y los ambientes en los cuales los desempeña.

La Evaluación de Terapia Ocupacional comprende:



a-Perfil Ocupacional. Es la información que describe el historial ocupacional y experiencias del cliente, se toman en cuenta los patrones de la vida diaria, intereses, valores y necesidades. Incluye lo que el cliente quiere y necesita hacer, en el presente o en el futuro, así como experiencias e intereses pasados que puedan ayudar a identificar las fortalezas y limitaciones, contemplando las siguientes áreas:

- Organización de Rutinas de la Vida Diaria,
- Roles de Vida,
- Intereses, Valores, y Objetivos,
- Percepción de Habilidades y Asunción de Responsabilidades e
- Influencias Ambientales.

Además debe identificarse si existe cierto grado de disfunción ocupacional en cuanto a:

1. identidad ocupacional;
2. competencia ocupacional;
3. ambientes de comportamiento ocupacional.

B-Desempeño Ocupacional.

La acción de hacer y completar una actividad o una ocupación seleccionada como resultado de una transacción dinámica entre el cliente, el contexto/entorno, y la actividad. Mejorar o capacitar en habilidades y patrones en el desempeño ocupacional,

conduce al compromiso con las ocupaciones o actividades (adaptado en la parte de Law et al., 1996, p.16). El desempeño real debe observarse en el contexto (si es posible). Se seleccionan los aspectos que deben ser evaluados en base a esta especificidad.

La evaluación del desempeño ocupacional se centra en todos los dominios en los que interviene la Terapia Ocupacional. La visión de la profesión se centra en apoyar la salud y la participación en la vida a través del compromiso con la ocupación. Se busca brindar al cliente las habilidades necesarias para desempeñarse en la vida, de acuerdo a los intereses que tengan(6). Dentro de los dominios de terapia ocupacional se encuentran:



a. Ocupaciones.

Las actividades u ocupaciones se ordenan en categorías, llamadas áreas de ejecución; según (la AOTA: marco de trabajo para la práctica de terapia ocupacional. 2° edición): actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, descanso y

sueño, educación, trabajo, juego, ocio y participación social. En el trabajo se retomaran únicamente dos áreas de ocupación: ocio y participación social en el ámbito hospitalario que es donde se encuentran los pacientes sujetos de investigación.

b. Características del cliente:

Son aquellas habilidades, características corporales o creencias que residen en el cliente y que pueden afectar su rendimiento en el desempeño de una ocupación, estas características comprenden:

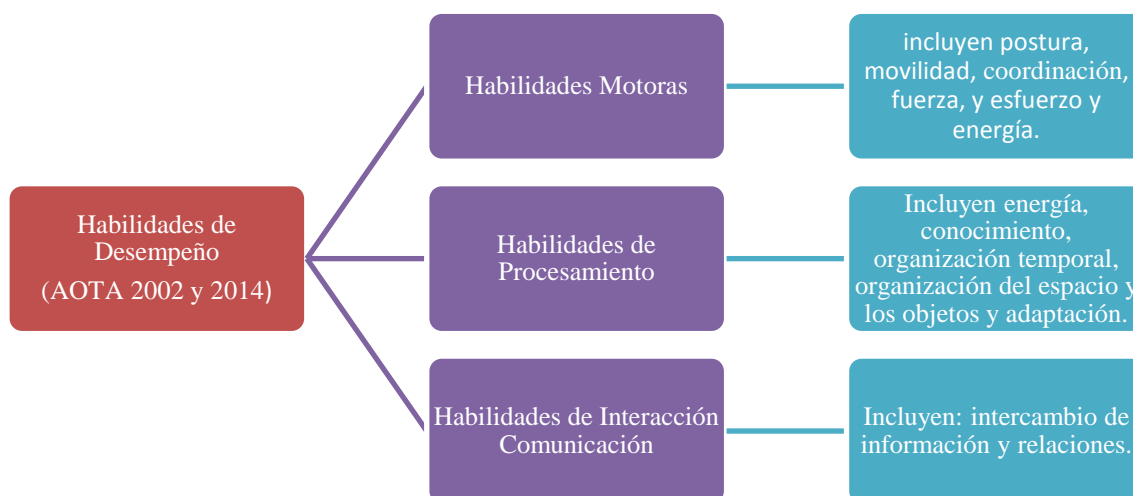
- ✓ Valores, creencias, espiritualidad: son los principios, normas y cualidades que el cliente posee, desea y le da valor.
- ✓ Funciones del cuerpo: se refieren a la “función fisiológica de los sistemas del cuerpo (incluidas las funciones psicológicas)”. Para esta investigación se consideran las funciones mentales específicas y dentro de ellas las funciones emocionales sobre manejo de situaciones y regulación del comportamiento(12).
- ✓ Estructuras del cuerpo: son las “partes anatómicas del cuerpo tales como órganos, extremidades y sus componentes”.

c. Habilidades de desempeño:

De acuerdo a Fisher (2016), las habilidades de desempeño son acciones observables, concretas, dirigidas hacia una meta que utiliza el cliente para participar en las ocupaciones de la vida diaria.

Son unidades pequeñas del desempeño. Son características de lo que uno hace versus capacidades subyacentes o funciones corporales. Las habilidades son elementos observables de la acción que tiene propósitos funcionales implícitos. La ejecución de

una habilidad de desempeño ocurre cuando aquel que la ejecuta, el contexto y las demandas de la actividad se reúnen en el desempeño de una actividad. Cada uno de estos factores influye en la ejecución de una habilidad y puede apoyar o dificultar la realización de la misma. Estas comprenden: (6)



Esta investigación va dirigida a la evaluación específica de las Habilidades de Interacción-Comunicación.

d. Patrones de Desempeño:

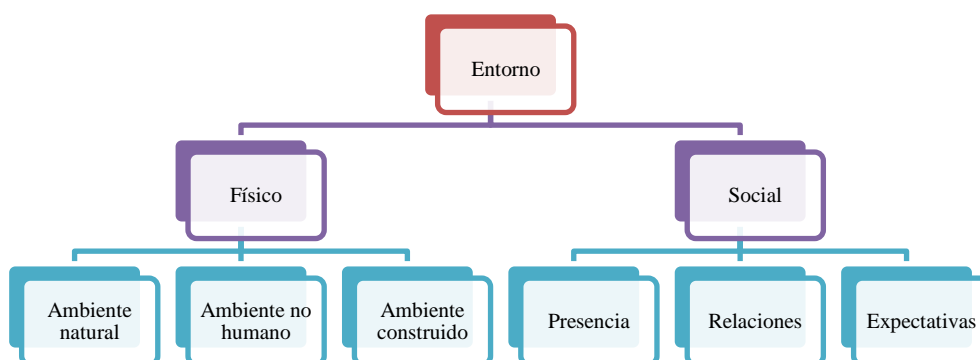
Son patrones de comportamientos relacionados a las actividades de la vida diaria de un individuo u otras personas significativas, que son habituales o rutinarias. (Fiese et al. 2002; Segal, 2004). Comprende:

Hábitos	• Comportamientos específicos y automáticos que pueden ser útiles y/o perjudiciales.
Rutinas	• Secuencias establecidas de ocupaciones que proveen de estructura a la vida diaria
Roles	• Conjunto de comportamientos esperados por la sociedad, moldeados por la cultura y que pueden conceptualizarse por el cliente.
Rituales	• Acciones simbólicas con un significado espiritual, cultural o social que contribuyen a la identidad del cliente, fortaleciendo sus valores y creencias, tienen un fuerte componente afectivo.

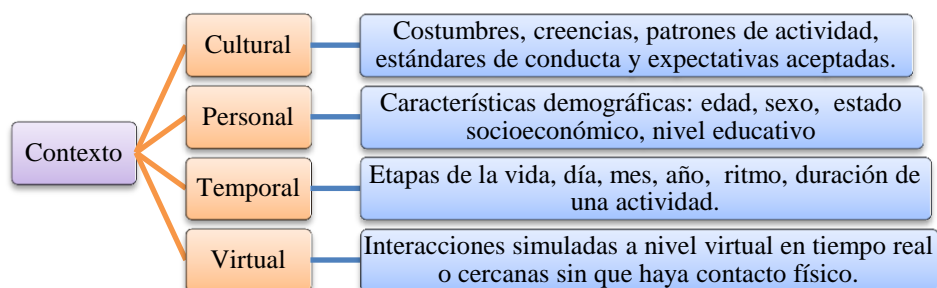
e. Contextos y entornos:

Se refieren a la variedad de condiciones interrelacionadas que rodean y están dentro del cliente e influyen en el desempeño.

- ✓ **Entorno:** ambiente físico y social que rodea al cliente y en el cual tienen lugar sus ocupaciones diarias.



- ✓ **Contexto:** se refiere a la variedad de condiciones interrelacionadas que están dentro y rodeando al cliente.



f. Demandas de la actividad:

Son los aspectos de una actividad, que incluyen los objetos y sus propiedades, espacio, demandas sociales, secuencia y ritmo de tiempo, acciones y habilidades requeridas, funciones corporales y estructuras corporales, necesarias para llevar a cabo una actividad.

4.4 Instrumentos de Evaluación de Terapia Ocupacional (Según el Modelo de Ocupación Humana).

El estudio está enmarcado dentro del Modelo de Ocupación Humana (MOH), ya que este modelo, de la Terapia Ocupacional, interpreta a los seres humanos como sistemas abiertos y dinámicos, resaltando el “Comportamiento Ocupacional” como un proceso organizador. El MOH conceptualiza a la persona como un sistema compuesto por tres subsistemas: Volición, Habitación y Capacidad de Desempeño(13).

Subsistema Volición	El propósito del es seleccionar el Comportamiento Ocupacional. Se refiere a voluntad o elección consciente, por lo que se relaciona estrechamente con el concepto de elecciones ocupacionales, las cuales son decisiones cotidianas respecto a aquellas actividades ocupacionales que la persona decide realizar en un momento determinado, es decir, son decisiones deliberadas de entrar y salir de actividades ocupacionales. Al involucrarse en este tipo de actividad, la persona asume un rol ocupacional que debe desempeñar y a través del cual se emprende un proyecto personal.
Subsistema Habitación	Sirve a la organización del Comportamiento Ocupacional en patrones o rutinas. Permite comprender por qué las personas repiten patrones familiares de comportamiento. La Habitación depende de un circuito de tendencias apreciativas organizadas, las cuales permiten al ser humano improvisar modos similares de comportarse en circunstancias similares a lo largo del tiempo, sin deliberación o atención.
Subsistema Capacidad de Desempeño	Hace posible la realización hábil de las ocupaciones. Es un conjunto de habilidades que son utilizadas en la elaboración de un comportamiento con propósito y cumple con la organización de los constituyentes físicos y mentales

El MOHO, también incluye a los contextos ambientales del comportamiento ocupacional, que son una combinación de espacios, objetos, formas ocupacionales y/o grupos sociales coherentes que constituyen un contexto significativo para el desempeño. La premisa central del Modelo de Ocupación Humana (MOHO) es: "Toda ocupación humana procede de una tendencia espontánea, innata del sistema humano: la urgencia de explicar y dominar el ambiente: El modelo se basa en la suposición de que la ocupación es un aspecto crucial de la experiencia humana" (Kielhofner y Burke, 1980. p. 573; en Levy 9).

Kielhofner establecería tres niveles de función ocupacional los cuales determinan el grado de cumplimiento del ciclo adaptativo al satisfacer las expectativas de la sociedad

para la participación productiva y lúdica y su propia necesidad de exploración y dominio. Y tres niveles de disfunción ocupacional que representan el estrés y la falta de competencia en el ambiente y que conllevarían al ciclo inadaptativo.

El MOHO utiliza diferentes instrumentos de evaluación; para el caso de este estudio se utilizaron específicamente:

- ✓ Listado de Roles: Instrumento utilizado para obtener información acerca de los tipos de roles en que la persona participa y organizan su vida cotidiana. Este listado entrega información sobre la percepción de sus roles en el curso de sus vidas y también el grado de valor (importancia, significado) que le otorgan a esos roles(14).
- ✓ Perfil Ocupacional Inicial del Modelo de Ocupación Humana (MOHOST): Mide la participación ocupacional del paciente. Entiendo como tal su participación en las actividades cotidianas(13).
- ✓ Evaluación de Habilidades de Comunicación e Interacción (ACIS): Es un instrumento formal de observación diseñado para la medición del desempeño de un individuo cuando participa de una forma ocupacional y/o con un grupo social del cuál es parte. El objetivo del instrumento es asistir al terapeuta ocupacional en la determinación de las habilidades del cliente en el discurso e intercambio social durante la participación en las ocupaciones diarias(15).
- ✓ Clasificador Internacional del Funcionamiento y Discapacidad (CIF): El cual fue utilizado para evaluar las funciones mentales globales (temperamento y personalidad) y las funciones mentales específicas (emocionales)(16).

4.4.1 Listado de Roles:

El listado está dividido en 2 partes. La primera parte evalúa, a través de un continuo temporal, los roles que más han servido para organizar la vida diaria del individuo. La segunda parte permite identificar el grado en que el individuo valora cada rol. Este listado aporta a la identificación de si es que la persona ha desempeñado, desempeña, e identifica desempeñando determinado número de roles en el futuro, aporta a comprender la congruencia entre los roles desempeñados y el valor asignado a éstos y su impacto en la satisfacción ocupacional, como así el balance de estos roles en la organización de una rutina satisfactoria, mostrando ya sea una ausencia o presencia de roles significativos, congruencia entre el deseo de participar en roles y las capacidades reales de la persona. (Basado en el “Role Checklist”, derechos de autor, 1981 por Frances Oackley M.S. OTR/L)(14).

4.4.2 Perfil Ocupacional Inicial del Modelo de Ocupación Humana (MOHOST):

El MOHOST mide la participación ocupacional del paciente. La participación ocupacional se ha definido como la participación en actividades de la vida diaria (AVD), en actividades productivas, y en actividades de tiempo libre/juego. Algunos denominan a éstas Actividades del Diario Vivir (ADL). Es importante considerar todos los aspectos de la participación ocupacional en todas las ADL:

Motivación por la ocupación:	¿Cómo se motiva el cliente por las actividades de la vida diaria, de productividad y de tiempo libre?
Patrón Ocupacional	¿Cómo organiza el cliente sus actividades de la vida diaria, de productividad y de tiempo libre?
Habilidades de Comunicación/Interacción	¿Posee el cliente las habilidades de comunicación interacción adecuadas para completar sus actividades de la vida diaria, de productividad y de tiempo libre?

Habilidades de Procesamiento	¿Puede el cliente organizarse, planificar, resolver problemas y adaptarse durante su participación en las actividades de la vida diaria, de productividad y de tiempo libre?
Habilidades Motoras	¿Puede el cliente moverse, posicionarse, mover objetos de un lugar a otro durante su participación en las actividades de la vida diaria, de productividad y de tiempo libre?
Ambiente	¿Posee el cliente un ambiente social y físico facilitador que le permite participar en actividades de la vida diaria, de productividad y de tiempo libre?

Contenido y propósito del MOHOST: Consiste de 24 ítems, cuatro por cada una de las secciones antes mencionadas. Los resultados permiten que la TO además del tratamiento de las habilidades ocupacionales se involucra en observar a la persona y cómo participa con el ambiente en las Ocupaciones que le corresponden de acuerdo a sus roles, así como también interactuar con ella desde su disciplina(13).

En esta investigación se utilizó como primera evaluación, y fue administrado en el ambiente en donde residen los pacientes específicamente en el área 2 y 3 del Hogar Reina de la Paz, en un día típico se hizo una observación formal y se completo con entrevista directa a los pacientes en relación a su motivación, roles y rutinas. Y los registros de la evaluación se hicieron de forma sumatoria.

Escala de puntaje: el sistema de puntuación es de 4 puntos:

• F - Facilita la participación ocupacional (No necesita apoyo)
• P - Permite la participación ocupacional (Puede beneficiarse de apoyo ocasional)
• R - Restringe la participación ocupacional (Requiere apoyo, asistencia y/o ánimo)
• I - Inhibe la participación ocupacional (dependen de otros o de intervención intensiva)
F no representa excelencia. Una persona que funciona adecuadamente en su vida recibe principalmente puntajes “F” y quizás unos pocos puntajes “P”. Lo más probable es que no requiera servicios de Terapia Ocupacional, independientemente de su diagnóstico.

Los criterios para cada ítem se muestran en los Anexos del documento.

4.4.3 Clasificador Internacional del Funcionamiento y Discapacidad (CIF): La CIF proporciona una descripción de situaciones relacionadas con el funcionamiento humano y sus restricciones y sirve como marco de referencia para organizar esta información. Fue considerado para el estudio únicamente el componente de Funciones(16).

Funciones: se consideraron las funciones mentales (**capítulo b1**) específicamente:

Funciones Mentales Globales	Funciones del temperamento y la personalidad (b126) Funciones mentales generales relacionadas con la disposición natural del individuo para reaccionar de una determinada manera ante situaciones, incluyendo el conjunto de características mentales que diferencian a ese individuo de otras personas Funciones relacionadas con la energía y los impulsos(b130) Funciones mentales generales de los mecanismos fisiológicos y psicológicos que empujan al individuo a moverse de forma persistente para satisfacer necesidades específicas y alcanzar ciertas metas							
Funciones Mentales Especificas	Funciones Emocionales .(b152) Funciones relacionadas con los sentimientos y los componentes afectivos de los procesos mentales. Incluye: funciones de la adecuación de la emoción, regulación y rango de la emoción; afecto; tristeza, alegría, amor, miedo, enojo, odio, tensión, ansiedad, júbilo, pena; labilidad emocional; aplanamiento afectivo							
Se utilizaron las categorías del 3er nivel de clasificación y los calificadores de Deficiencia correspondientes al componente de Función (solo 1er. Calificador) No Deficiencia – Deficiencia Leve- Moderada- Grave- Completa. No Específica y No Aplica.								
		0 noD	1 DL	2 DM	3 DG	4 DC	8 SE	9 NA

4.4.4 Evaluación de Habilidades de Comunicación e Interacción(ACIS):

Los Terapeutas Ocupacionales se preocupan de cómo las habilidades de comunicación e interacción son usadas para llevar a cabo alguna tarea. Así, como las personas usan habilidades motoras para desarrollar muchas tareas, ellas también emplean habilidades

para comunicarse efectivamente e interactuar con otros al completar una forma ocupacional. El ACIS es un instrumento de observación que ha sido desarrollado para utilizarse en una gran variedad de contextos, que son significativos y relevantes para la vida del cliente. El terapeuta ocupacional completa un registro de puntaje de 20 ítems. Los datos se pueden completar con observaciones de otros contextos para tener una mejor idea de las habilidades de comunicación e interacción de lcliente(15).

Considerando la cultura, grupos sociales, y tareas al usar el ACIS: Cuando es usado para observar personas, ambas tarea(s) y grupo(s) sociales de las personas que están siendo evaluadas tienen que ser tomadas en consideración. También, el observador tiene que estar seguro de las características culturales que están presentes en la tarea y en el grupo social.

Influencias de los componentes del sistema en las habilidades de comunicación e interacción: El comportamiento ocupacional subyacente de contextos sociales comprende la capacidad de desempeñarse y como ésta es influida por la volición y habituación..

La volición influencia en qué ocupaciones y grupos sociales van a participar y desempeñarse las personas. También influencia lo que se espera, como se experimenta el comportamiento y como se interpreta lo que ha pasado. Los hábitos reflejan las costumbres (o normas) de una sociedad. Ellos permiten construir el comportamiento de comunicación e interacción, el cual trabaja en un contexto sociocultural particular. Los roles integran la mayor parte del repertorio de interpretación automática y el

comportamiento desarrollado que conforman las habilidades de comunicación e interacción.

Subyacente a todos estos elementos simbólicos está el cuerpo humano. Producir comunicación e interacción requiere que usemos nuestros cuerpos, en particular nuestro sistema respiratorio y músculo-esquelético. Y de todas maneras los procesos cognitivos, emocionales y perceptivos que sostienen las habilidades de comunicación e interacción hacen uso del sistema nervioso, órganos táctiles, visuales y de audición. En personas que se comunican e interactúan hacen uso de sus procesos mentales mientras que físicamente producen sonidos y movimientos que constituyen el lenguaje y la presentación de ellos mismos a otros. La producción del lenguaje para enviar información y la presentación física de uno mismo son fundamentales para las relaciones humanas.

Propósito del ACIS: La Evaluación de Habilidades de Comunicación e Interacción (Assessment of Communication and Interaction Skills / ACIS) es una evaluación observacional que obtiene datos acerca de la habilidad que la persona demuestra al comunicarse e interactuar con otros en una ocupación. Los ítems de habilidades representan tres dominios: físico (corporalidad), intercambio de información y relaciones. Cada habilidad es graduada de acuerdo a una escala de puntaje, desde un desempeño competente (4) a un desempeño deficiente (1). El ACIS no permite averiguar directamente alguna causa subyacente por una falta de habilidades de comunicación e interacción; simplemente nota si está o no presente la habilidad y como afecta la acción social continúa.

Taxonomía de las Habilidades de Comunicación e Interacción:

Dominio Físico (Corporalidad)	El cuerpo es por el cual las personas se presentan frente a otros. Efectivamente, el cuerpo es el único aspecto del uno mismo, que es directamente visible, para otros y es a través del cuerpo se manejan todas las interacciones con otros.
Dominio de Intercambio de Información	Los seres humanos son seres simbólicos quienes intercambian información a través del uso del lenguaje codificado
Dominio de Relación	Los seres humanos son afectivos y sociales u pueden sentir un vínculo de conexión con los compañeros (o alejamiento de ellos) y quienes reaccionan con emociones de cómo piensan que otros los perciben, tratan o se preocupan por ellos.

Acciones y Dominios del ACIS:

Dominio Físico (Corporalidad)

- Se contacta – Establece contacto físico con otros
 - Contempla – Usa los ojos para comunicar e interactuar con otros.
 - Gesticula – Usa movimientos del cuerpo para indicar, demostrar y dar énfasis.
 - Maniobra – Mueve el propio cuerpo con relación a otros.
 - Se orienta – Dirige su cabeza en relación a otros y / o las tareas.
 - Se posiciona – Asume posiciones físicas
-

Intercambio de Información

- Articula – Produce un discurso claro y entendible.
 - Asevera – Expresa directamente desacuerdos, negativas y peticiones.
 - Pregunta – Requiere información basada en hechos o información personal.
 - Se involucra – Inicia interacciones
 - Expresa – Despliega afecto / actitud
 - Modula – Emplea volumen e inflexiones de la voz.
 - Informa– Descubre información basada en hechos o información personal
 - Habla – Se hace entender por medio del uso de palabras, frases, sentencias
 - Sostiene – Mantiene el discurso con apropiada duración.
-

Relaciones

- Colabora – Coordina la propia acción con otros hacia un objetivo final común.
- Cumple – Sigue las normas sociales implícitas y explícitas.
- Se centra – Dirige la conversación y el comportamiento hacia la acción social actual.
- Se relaciona – Asume una manera de actuar que intenta establecer una comunicación con otros.
- Respeta – Se acomoda a las reacciones y requerimientos de otros.

Puntajes del ACIS.

COMPETENTE (4)	Desempeño competente que apoya el rendimiento de la comunicación/interacción y conlleva a resultados positivos en la interacción personal/grupal. El examinador no observa evidencia de déficit.
CUESTIONABLE (3)	Desempeño cuestionable que da lugar a riesgo en rendimiento de la comunicación/interacción y conlleva a resultados inciertos de interacción interpersonal/grupal. El examinador cuestiona la presencia de déficit.
INEFECTIVO (2)	Desempeño inefectivo que interfiere rendimiento de la comunicación/interacción y conlleva a resultados indeseables de interacción interpersonal/grupal. El examinador observa déficit leve a moderado.
DÉFICIT (1)	Déficit en el desempeño impide el rendimiento de la comunicación/interacción y conlleva a resultados de interacción personal grupal inaceptable. El examinador observa un déficit severo (riesgo de daño, peligro, provocación o quiebre de la interacción grupal).

El desglose de cada dominio según el puntaje se presenta en el Anexo 5.

Resultados: El ACIS está construido sobre la convicción de que las habilidades de comunicación e interacción en la ocupación tienen dos resultados importantes. El primer resultado es el logro del objetivo o propósito de la ocupación. Una segunda dimensión de las habilidades de comunicación e interacción presente en todas las ocupaciones en las cuales las personas trabajan y juegan juntas, es el impacto social o interpersonal del comportamiento. La interacción humana está normalmente acompañada de algunas dificultades. Malentendidos, sentimientos de dolor, etc., están frecuentemente presentes en las relaciones humanas, no sólo porque las personas son comunicadores imperfectos,

sino también porque la comunicación e interacción requiere de personas que se juntan dentro de un complejo inter juego de acciones y mensajes.

Actividades Sugeridas: Puesto que las habilidades de comunicación e interacción pueden interferir sustancialmente con el contexto ambiental y el rol, es importante de considerar cuando y en qué circunstancias observar. Las situaciones de observación podrían ser descritas como a continuación:

1. ABIERTO: Situación no estructurada
2. TAREA PARALELA: Trabajar en una tarea individual en presencia de otros en el mismo espacio de trabajo
3. GRUPO DE COOPERACIÓN: Todos los miembros del grupo trabajando juntos para alcanzar un objetivo común
4. UNO A UNO: Interacción uno a uno por ejemplo., terapeuta / cliente, cliente / cliente o cliente / miembro familiar
5. AMBIENTE NATURAL: La comunicación e interacción ocurre en el ambiente natural del cliente.
6. SITUACIÓN SIMULADA DE ROLES DE VIDA: El terapeuta intenta simular situaciones de comunicación e interacción que reflejen los roles de vida del cliente.
7. NO RELACIONADO A ROLES DE VIDA: Situaciones de comunicación e interacción que no asocian directamente los roles de vida del cliente.

Para este estudio se escogieron 3 situaciones de Observación:

- 1- una actividad uno a uno: actividad terapeuta-paciente.
- 2- dos actividades en ambiente natural: en el lugar de residencia (Hogar Reina de La Paz en San Marcos), la comunicación interacción con su terapeuta, y con el personal del hogar durante la hora del almuerzo.

4.5 Intervención de Terapia Ocupacional.

El proceso de intervención consiste en facilitar la participación en la ocupación relacionada con la salud a través de las medidas adoptadas por los profesionales de

terapia ocupacional en colaboración con el cliente, la intervención se provee para ayudar al cliente a alcanzar un estado de bienestar físico, mental y social; para identificar y lograr aspiraciones, para satisfacer necesidades, para cambiar y hacer frente al entorno al que participa.

Seguir una visión de promoción de salud del cliente hacia su bienestar centrado en la ocupación comprende la creencia de que la amplitud del potencial de lo que la gente puede hacer, ser y lo que se esfuerza por convertirse son la preocupación principal, y que la salud es un producto de esto.

El proceso de intervención se divide en tres pasos(9): (1) plan de intervención, (2) implementación de la intervención, y (3) revisión de la intervención.

Tipos de intervención:

1. El uso terapéutico del yo.
2. Uso terapéutico de las ocupaciones y de las actividades.
3. Proceso de asesoría.
4. Proceso de formación o educación.
5. Auto-gestión.

El programa de intervención se centró en el uso terapéutico de las ocupaciones y de las actividades. Los entornos, las demandas de la actividad y de las características del cliente, para establecer los objetivos terapéuticos del cliente, el uso de las ayudas técnicas, aplicación de los principios de diseño universal y modificaciones al ambiente apoyan la habilidad del cliente al participar en las obligaciones. Se utilizaron actividades con propósito, es decir, el cliente participo en actividades seleccionadas específicamente, desarrollando habilidades que promovieron la participación ocupacional.

La planificación de la intervención incluye los siguientes pasos:

1- Desarrollar el plan. El terapeuta ocupacional desarrollara el plan con el cliente, y el asistente de terapia ocupacional, el plan incluye:

- Metas objetivas y medibles con un plazo de tiempo.
- Enfoque o enfoques de intervención de terapia ocupacional.

<ul style="list-style-type: none">-Crear o promover.-Establecer o restaurar.-Mantener.-Modificar.-Prevenir.

- Mecanismos para la prestación del servicio.

-personas para la prestación del servicio.

-tipos de intervenciones.

-frecuencia y duración del servicio.

2- considerar las necesidades y planificación para posible alta.

3- seleccionar los instrumentos para medir resultado.

4- hacer recomendaciones o referidos a otros según sea necesario.

Dentro de los enfoques mencionados anteriormente, el trabajo se basó en **mantener**, enfoque diseñado para proveer ayuda que le permiten al cliente preservar las capacidades de desempeño que se ha vuelto a ganar, que continúe cumpliendo con las necesidades de su ocupación, sin una intervención de mantenimiento continuo, el desempeño va a disminuir, no se van a ocupar las necesidades ocupacionales afectando la salud y la calidad de vida. Este enfoque se centra en mantener las habilidades que aun

posee el paciente, mantener su autonomía, se busca modificar las actividades de modo a que sea el propio cliente quien realice las actividades.

5. LAS PERSONAS CON VIH FRENTE AL ESTIGMA EN LA COMUNIDAD.

Enfrentarse a un diagnóstico de VIH puede traer consecuencias sociales como la pérdida de trabajo, la vivienda, el estatus social y el abandono de la pareja y demás familiares. El estigma por parte de la comunidad provoca que algunas personas y grupos sean y se sientan desvalorizados generando en ellos un efecto inutilizador para pensar y actuar, limitando su capacidad para resistir a las fuerzas que los discriminan.

Los actores sociales inmersos en una estructura social como la familia o la comunidad, enfrentan dificultades como el estigma asociado al VIH/SIDA, que se expresa en forma de rechazo y discriminación. Generalmente después de su diagnóstico, las personas continúan viviendo en sus comunidades, esto conlleva al aislamiento y marginación social, amenazando las posibilidades para resolver desafíos que los sucesos asociados al virus traen consigo, como la incapacidad para trabajar, la muerte de la pareja, la necesidad de trabajar, en el caso de las mujeres que quedan viudas, la dificultad para asistir de manera periódica al hospital o la pérdida de trabajo.

La creencia en Dios, la práctica religiosa y el apoyo familiar son recursos sociales importantes para enfrentar las consecuencias del estigma asociado al VIH/SIDA. Sin embargo, la información que reciben en el hospital, tanto por parte del personal de salud como de otras personas con el virus se destaca como recurso básico para empezar a romper ellas mismas con la representación estigmatizada del VIH(17).

Una vez definidas las áreas de ocupación, se puede conocer los factores sociales que se ven afectados en la vida de los pacientes con VIH, que aspectos se van perdiendo durante su padecimiento.

Por lo que en general el objetivo del Terapeuta Ocupacional es mejorar la calidad de vida del cliente o participante. Esto se puede realizar de varias formas más allá de los autocuidados básicos que se consideran típicamente como Terapia Ocupacional.

Los Terapeutas Ocupacionales también pueden ayudar con el control del estilo de vida, de la fatiga, de las medicaciones y de los síntomas. El Dr. Mack Ivy menciona "La Terapia Ocupacional es tan poderosa e importante porque somos una disciplina que se ocupa de las habilidades sensitivo-motoras, y de los aspectos cognitivos y psicosociales.

Los avances científico-tecnológicos permiten que en muchos casos se alargue la vida de los pacientes, a base de la utilización de terapias en ocasiones altamente agresivas, pero necesarias para prolongar la supervivencia de los enfermos.

La manera en que las personas manejan los estresores asociados a la enfermedad crónica y los tratamientos médicos, puede jugar un importante papel en la adaptación a los problemas y en el mantenimiento de la calidad de vida afectada por el estado de salud.

En la evaluación de terapia ocupacional, la muestra no fue seleccionada, la constituyeron los hombres y mujeres residentes del área 2 y 3 del Hogar Reina de la Paz de San Marcos, siendo un total de 27 personas, de los cuales 17 estuvieron de acuerdo y firmaron el consentimiento informado proporcionado por las estudiantes.

CAPITULO

III

CAPITULO III

OPERACIONALIZACION DE VARIABLES.

Variables	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores
Desempeño ocupacional de los personas con VIH	La acción de hacer y completar una actividad o una ocupación seleccionada como resultado de una transacción dinámica entre el cliente, el contexto/entorno, y la actividad. <u>Paciente con VIH</u> Persona portadora del Virus de la Inmunodeficiencia Adquirida.	Actividades u ocupaciones que realizan los pacientes que se encuentran en el área 2 y 3 del Hogar Reina de la Paz.	Perfil Ocupacional	<ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo • Otros diagnósticos • Estado civil. • Roles • Evaluación Ocupacional Inicial -Motivación por la ocupación: -Patrón Ocupacional -Habilidades de Comunicación/Interacción -Habilidades de Procesamiento -Habilidades Motoras -Ambiente
			Funciones Corporales	CIF: Capítulo b1 Funciones Mentales: <ul style="list-style-type: none"> • Funciones del temperamento y la personalidad (b126) • Funciones relacionadas con la energía y los impulsos(b130) • Funciones Emocionales (b152)
Habilidades de desempeño de comunicación interacción	Son acciones observables, concretas, dirigidas hacia una meta, que utiliza el cliente para participar en las ocupaciones de la vida diaria.	Son acciones a identificar en pacientes infectados con VIH a través de su participación social.	Corporalidad	<ul style="list-style-type: none"> • Contacta • Contempla • Gesticula • Maniobra • Se orienta • Se posiciona
			Intercambio de información	<ul style="list-style-type: none"> • Articula • Es asertivo • Pregunta • Se involucra • Se expresa • Modula • Comparte • Habla • Sostiene
			Relaciones	<ul style="list-style-type: none"> • Colabora • Cumple • Se centra • Se relaciona • Respeta

CAPITULO

IV

CAPITULO IV

DISEÑO METODOLOGICO.

A. TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio que se utilizó para el desarrollo de esta investigación fue Descriptivo – Transversal.

Descriptivo porque se limitó a describir el comportamiento de las variables de estudio, el del Desempeño ocupacional y de las Habilidades de interacción comunicación. Se identificaron cuales habilidades estuvieron afectadas. Fue transversal porque se realizó en un periodo de tiempo determinado.

B. POBLACION, MUESTRA Y MUESTREO UTILIZADO.

Población y muestra:

La población y muestra la constituyeron los hombres y mujeres del área 2 y 3, entre las edades de 26 - 73 años que se encuentran residiendo en el Hogar Reina de la Paz de San Marcos y que están diagnosticados con VIH. Siendo un total de 17 residentes.

C. METODOS, TECNICAS E INSTRUMENTOS

Método:

El método fue observacional, ya que solo se observó el comportamiento de las variables, se describió el mismo. Esta observación fue única ya que es estudio transversal.

Técnica:

El equipo investigador realizó las evaluaciones de cada paciente de forma conjunta, donde dos integrantes del grupo desarrollaron las entrevistas a los pacientes y la tercera integrante del grupo se encargó de realizar los test por observación.

Las maneras en que se recolectó la información fue mediante las técnicas de entrevista, observación.

Instrumentos:

Se utilizaron 4 instrumentos los cuales fueron:

1. Un listado de roles, que fue utilizado para obtener información acerca de los tipos de roles en que la persona participa y organizan su vida cotidiana.
2. Perfil Ocupacional Inicial del Modelo de Ocupación Humana (MOHOST) que midió la participación ocupacional del paciente.
3. Clasificador Internacional del Funcionamiento y Discapacidad (CIF) utilizado para evaluar las funciones mentales globales.
4. Evaluación de Habilidades de Comunicación e Interacción (ACIS) este instrumento se utilizó para la medición del desempeño de un individuo cuando participa de una forma ocupacional y/o con un grupo social del cuál es parte.

D. PROCEDIMIENTO:**a. Recolección de datos:**

Se utilizaron 12 jornadas de 3 horas durante 4 semanas asistiendo de lunes a miércoles, logrando así el vaciado de datos de las entrevistas y observación de los diferentes

instrumentos planteados anteriormente. Los instrumentos se fueron desarrollando de manera individual a cada paciente por parte de los integrantes del equipo.

Para el desarrollo de este estudio la recolección de datos se realizó en tres fases: la primera por medio de una entrevista donde se realizó la elaboración de un listado de roles, el listado fue dividido en 2 partes. La primera parte evaluó, los roles que más han servido para organizar la vida diaria de las personas. La segunda parte permitió identificar el grado en que la persona valora cada rol, (ANEXO 2) posteriormente se siguió con la elaboración de un Perfil Ocupacional Inicial del Modelo de Ocupación Humana (MOHOST) donde se midió la participación ocupacional del paciente, los primeros datos fueron proporcionados por la Fisioterapeuta encargada de dichos pacientes y luego cada uno de los pacientes se le realizó una entrevista para el desarrollo del instrumento (Anexo 3).

En la segunda fase se evaluó las funciones mentales afectivas en los pacientes por medio del Clasificador Internacional del Funcionamiento y Discapacidad (CIF), la CIF proporciona una descripción de situaciones relacionadas con el funcionamiento humano y sus restricciones, así mismo esta fase se realizó por medio de la observación y se llevó a cabo mediante los instrumentos anteriormente mencionados (Anexo 4).

En la última fase se realizó la evaluación de las habilidades de comunicación e interacción (ACIS) como lo son la participación social, corporalidad, intercambio de información y relaciones, esta evaluación se desarrolló mediante el instrumento de Evaluación de Habilidades de Comunicación e Interacción, por medio de una observación (Anexo 5).

b. Procesamiento de Datos:

Los resultados fueron procesados con los programas de Word y Excel mediante el uso de tablas y graficas evidenciando la frecuencia y porcentajes de los datos, cada uno incluye su respectivo análisis e interpretación de los datos.

CAPITULO

V

CAPITULO V

PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS.

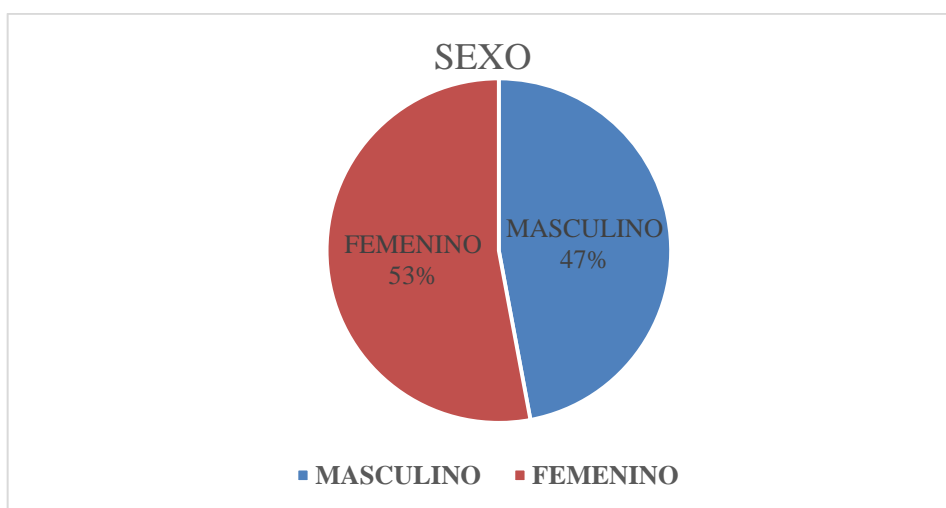
1. Perfil Ocupacional

La población de estudio fueron 17 personas con VIH SIDA, residentes en al área 2 y 3 del Hogar Reina de la Paz en San Marcos.

A. Factores Personales.

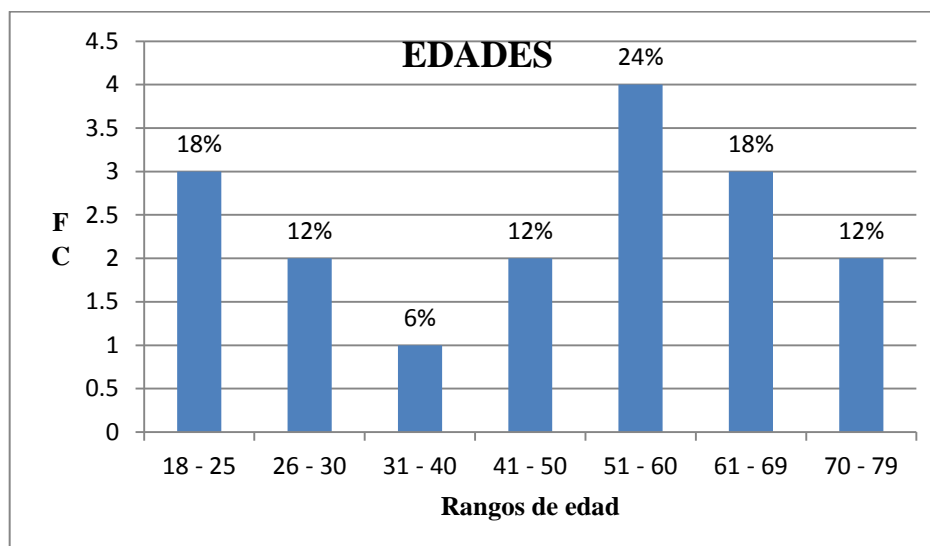
Grafico N° 1

Sexo de los residentes pertenecientes al área 2 y 3.



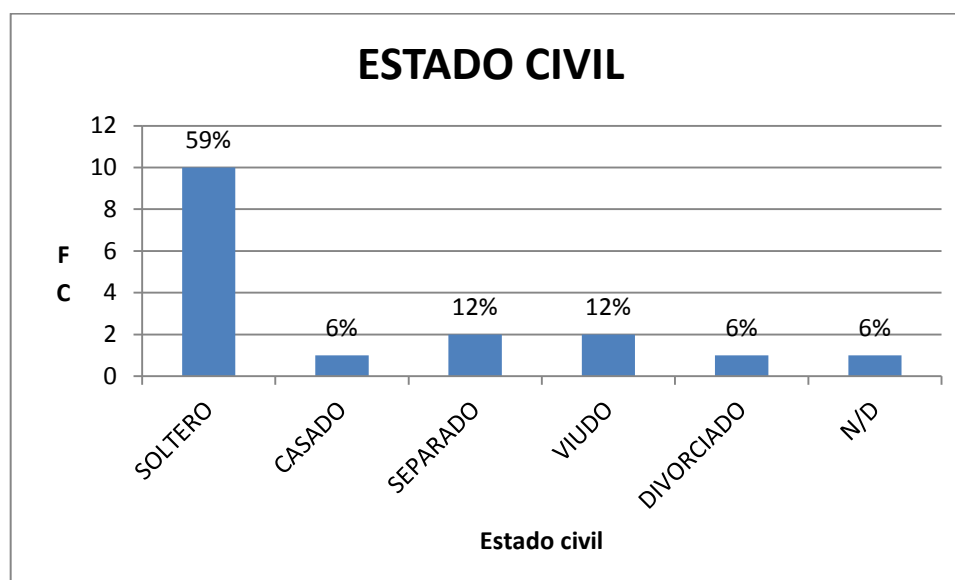
Fuente: Ficha para determinar el Perfil Ocupacional de hombres y mujeres, febrero 2018.

De la población evaluada se encontró que 9 residentes eran del sexo femenino (53%) y 8 del sexo masculino (47%).

Grafico N° 2**Edad de la población evaluada.**

Fuente: Ficha para determinar el Perfil Ocupacional de hombres y mujeres, febrero 2018.

4 pacientes (24%) se encontraron en el rango de 51-60 años, 3 personas (18%) estaban en los rangos de edad de 18-25 y de 61-69, respectivamente, en los rangos de edades de 26-30, 41-50 y 70-79, se encontraron 2 personas en cada uno (12%) y solo 1 paciente en el rango de 31-40(6%).

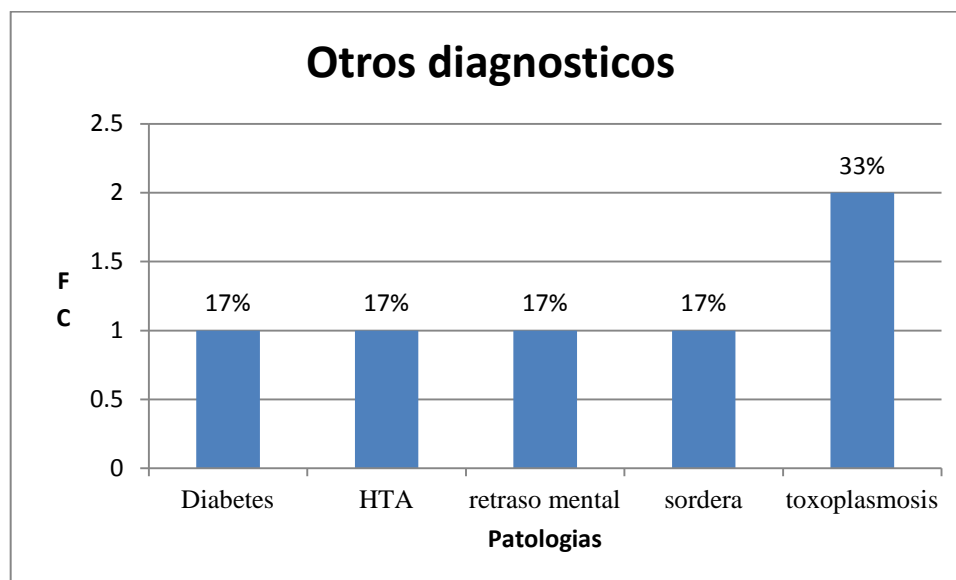
Grafico N° 3**Estado civil.**

Fuente: Ficha para determinar el Perfil Ocupacional de hombres y mujeres, febrero 2018.

10 personas (59%) manifestaron estar solteros, 2 (12%) separados, 2 (12%) viudos, 1 (6%) casado, 1 (6%) divorciado, también se creó otra opción de N/D debido a que una residente es sorda y no hay datos registrados de su estado civil (6%).

Grafico N° 4

Diagnósticos secundarios encontrados en los residentes del área 2 y 3.



Fuente: Ficha para determinar el Perfil Ocupacional de hombres y mujeres, Febrero 2018.

Como diagnósticos secundarios se encontraron: Diabetes, Hipertensión arterial, retraso mental, sordera (17%) respectivamente, como patología asociada dos pacientes presentaron toxoplasmosis (33%).

2. Desempeño ocupacional del paciente.

Roles ocupacionales.

Tabla N° 1
Roles ocupacionales presentes en los pacientes con VIH/SIDA..

Roles	Cuando lo realiza		
	Pasado	Presente	Futuro
Estudiante	16	2	1
Trabajador	14	2	4
Voluntario	11	12	10
Cuidador	11	8	6
Ama (o) de casa	11	7	4
Padre/madre de familia	11	10	8
Amigo/a	15	16	12
Hermano/a	15	14	8
Hijo/a	15	8	5
Esposa/o	6		
Miembro de familia	15	11	5
Miembro activo de grupo religioso/político/cultural	10	14	7
Aficionado	15	12	10
Participante en organizaciones	0	0	0

Fuente: Oakley KyB. listado de roles; 1985(14)

En la evaluación de roles ocupacionales, se observa en la tabla lo siguiente:

De los roles en el pasado, 16 personas manifestaron haber sido estudiantes, 15 realizaron el rol de amigo, hermano, hijo, miembro de familia y de aficionados a algún deporte. Y 14 desempeñaron también el de trabajadores.

De los roles en el presente, 16 personas mantienen el rol de amigos, 14 mantienen el rol de hermano/a, y también el rol de ser miembro activo de grupo religioso/político/cultural, y 12 personas cumplen el rol de voluntario dentro del hogar.

En cuanto a los roles que les gustaría hacer en el futuro, 12 residentes esperan continuar con su rol de amigos, 10 personas se proyectan manteniendo el rol de voluntarios y aficionados, 8 desean seguir su rol de padre/ madre mientras que una persona manifestó deseos de aprender y seguir estudiando.

Tabla N° 2
Relevancia y dificultad de los roles ocupacionales.

Rol	Que relevancia tiene		Se le dificulta	
	Poco	Mucho	Si	No
Estudiante	5	10	10	7
Trabajador	2	12	8	9
Voluntario	3	11	5	12
Cuidador		11	1	16
Ama (o) de casa	2	9	3	14
Padre/madre de familia	2	9	3	14
Amigo/a		16	2	15
Hermano/a	2	14	2	15
Hijo/a	3	14	1	16
esposa/o	1	5	1	16
Miembro de familia	2	10	1	16
Miembro activo de grupo religioso/político/cultural	2	13	2	15
Aficionado	0	14	5	12
Participante en organizaciones	0	1	1	16

Fuente: Oakley KyB. listado de roles; 1985(14)

El rol de amigos tuvo mayor relevancia para 16 personas, seguido de los roles de hermano, hijo y aficionado con 14 personas. El rol que tuvo poca relevancia para 5 personas fue el de estudiante, mientras que para 3 personas el ser voluntario e hijo tienen poca importancia. Para 10 personas el rol de estudiante presento mayor grado de dificultad y para 8 personas fue el rol de trabajador. Los roles que no presentaron dificultades a la hora de realizarlos fueron el de cuidador, hijo, esposo y miembro de familia con 16 personas respectivamente.

3. Perfil Ocupacional inicial del Modelo de Ocupación Humana (MOHOST).

Al evaluar el perfil ocupacional se tomaron en cuenta 6 componentes:

1. Motivación por la ocupación.
2. Patrón de ocupación.
3. Habilidades de comunicación interacción.
4. Habilidades de procesamiento.
5. Habilidades motoras.
6. Ambiente.

Para cada rubro se utilizó la escala de puntaje:

F = Facilita la participación ocupacional.	Desempeño competente que apoya el funcionamiento ocupacional y lleva a resultados positivos.
P = ¿Permite la participación ocupacional	Desempeño que generalmente apoya el funcionamiento ocupacional y algunas veces lleva a resultados inciertos
R = Restringe la participación ocupacional	Desempeño inefectivo que interfiere con el funcionamiento ocupacional y lleva a resultados no deseados. El T.O. observa un déficit de leve a moderado en el desempeño ocupacional
I =Inhibe la participación ocupacional	Desempeño deficitario que impide el funcionamiento ocupacional y lleva a resultados inaceptables. El T.O. observa un déficit severo en el desempeño ocupacional

Tabla N°3
Componente 1: Motivación por la ocupación.

Escala de puntaje	Aspectos a evaluar							
	Apreciación de habilidades	%	Anticipación de éxito	%	Interés	%	Elección	%
F	5	29%	3	18%	5	29%	2	12%
P	9	53%	11	65%	10	59%	12	71%
R	2	12%	3	18%	2	12%	2	12%
I	1	6%	0	0%	0	0%	1	6%
Total	17	100%	17	100%	17	100%	17	100%

Fuente: S. Parkinson KFGK. manual del usuario del perfil ocupacional inicial del modelo de ocupacion humana(MOHOST). 2nd ed. chicago; 2004(13).

Este primer componente de motivación por la ocupación, se evaluó observando a los residentes con VIH –SIDA mientras realizaban sus actividades diarias en el hogar. valorando 4 aspectos.

- ✓ **Apreciación de habilidades** : creencia que tienen sobre sus propias habilidades
- ✓ **Anticipación de éxito**: sentido de eficacia, esperanza y optimismo que le ponen a su vida,
- ✓ **Interés**: satisfacción, curiosidad y participación en las actividades que realiza
- ✓ **Elección**: disposiciones, intereses y metas

Puede observarse en la tabla que en el aspecto de **apreciación de habilidades**, 9 pacientes puntuaron en la categoría **P** lo que indica que tenían tendencia razonable a sobre/subestimar habilidades personales, reconoce algunas limitaciones y en segundo lugar en este aspecto 5 pacientes puntuaron con **F** que significa que facilita la participación ocupacional, no necesita apoyos porque ellos evalúan en forma realista su

propia capacidad, reconoce fortalezas y se da cuenta de limitaciones, en su desempeño ocupacional.

En el aspecto de **anticipación al éxito**, 11 pacientes puntuaron en la categoría **P** lo que indica que tenían alguna esperanza al éxito, pero tenían dudas sobre la realización de su desempeño ocupacional, pero también hay 3 pacientes que puntuaron con una **F** lo que significa que se anticipan al éxito, buscando desafíos, mostrándose positivos en relación a superar obstáculos.

En el tercer aspecto: **interés**, 10 pacientes puntuaron en la categoría **P** indicando que presenta intereses adecuados que guían sus elecciones. 5 personas puntuaron en la categoría **F** lo que indica que son curiosos, intentan nuevas actividades, perseverantes y se muestran contentos al realizar sus actividades.

Al evaluar el aspecto de **elección**, 12 personas puntuaron en la categoría **P**, indicando que es capaz de tomar decisiones la mayoría de las veces, pero puede necesitar apoyo para establecer y trabajar en sus metas. 2 personas se puntuaron en la categoría **F** lo que indica que tiene preferencias y valores claros, motivado a establecer y trabajar en metas ocupacionales.

Se observa entonces que de los 17 pacientes, solo 2 restringen o inhiben su participación ocupacional.

Tabla N°4

Componente 2. Patrón de ocupación.

Escala de puntaje	Aspectos a evaluar							
	Rutina	%	Adaptabilidad	%	Responsabilidad	%	Roles	%
F	6	35%	4	24%	5	29%	3	18%
P	8	47%	12	71%	8	47%	11	65%
R	3	18%	1	6%	4	24%	2	12%
I	0	0%	0	0%	0	0%	1	6%
Total	17	100%	17	100%	17	100%	17	100%

Fuente: S. Parkinson KFGK. manual del usuario del perfil ocupacional inicial del modelo de ocupacion humana(MOHOST). 2nd ed. chicao; 2004(13).

El segundo componente Patrón de Ocupación, también comprendía la evaluación de 4 aspectos:

- ✓ **Rutina:** que se refiere al equilibrio, estructura. productividad y actividades que realizan dentro de su desempeño ocupacional
- ✓ **Adaptabilidad** consiste en valorar la anticipación, flexibilidad, respuesta y tolerancia al cambio que pueda surgir en el desempeño de sus actividades ocupacionales
- ✓ **Roles** considerando la variedad de roles, la participación, pertenencia, respuesta a las demandas que estos implican
- ✓ **Responsabilidad** verificando si reconoce sus responsabilidades, el manejo de expectativas, cumplimiento de obligaciones y la aceptación de las mismas.

Este componente se evaluó observando como los residentes organizan sus actividades de la vida diaria, encontrándose los siguientes resultados:

En el aspecto de la **rutina**, 8 pacientes puntuaron en la categoría **P** lo que muestra que son capaces de seguir una rutina organizada y productiva. y 6 personas se puntuaron en la categoría **F** indicando que tienen habilidades para organizar una rutina equilibrada apoyando responsabilidades y metas.

Al evaluar el aspecto de **adaptabilidad**, 12 personas puntuaron en la categoría **P** lo que indica que son capaces de cambiar las acciones pero necesitan tiempo para acomodarse. 4 personas se puntuaron en la categoría **F** lo que indica que se anticipa al cambio, es flexible para cambiar acciones y rutinas de acuerdo a las demandas ocupacionales.

En el aspecto de **responsabilidad**, 8 pacientes se puntuaron en la categoría **P** mostrando que se adaptan a la mayoría de las responsabilidades, y cumplen con la mayoría de las obligaciones. Y 5 personas se puntuaron en la categoría **F** indicando que asume responsabilidades con voluntad, cumple con expectativas, se consideran confiables.

Al evaluar el aspecto de **roles**, 11 pacientes se puntuaron en la categoría **P** reflejando que generalmente se identifica con uno o más roles y tienen algún sentido de pertenecía con ellos.; y 3 personas se puntuaron en la categoría **F** indicando que tienen sentido de identidad de una variedad de roles, están comprometido y son compatibles con ellos. lo que concuerda con lo mostrado en la tabla 1 y 2.

Tabla N°5

Componente 3. Habilidades de comunicación interacción.

Escala de puntaje	Aspectos a evaluar							
	Habil. No verbales	%	Conversación	%	Expresión verbal	%	Relaciones	%
F	8	47%	1	6%	1	6%	4	24%
P	6	35%	12	71%	13	76%	9	53%
R	3	18%	4	24%	2	12%	4	24%
I	0	0%	0	0%	1	6%	0	0%
Total	17	100%	17	100%	17	100%	17	100%

Fuente: S. Parkinson KFGK. manual del usuario del perfil ocupacional inicial del modelo de ocupacion humana(MOHOST). 2nd ed. chicago; 2004(13).

El componente 3 del MOHOST corresponde a la evaluación de habilidades de comunicación interacción, y comprende también 4 aspectos:

- ✓ **Habilidades no verbales** que se refiere a la corporalidad, contacto visual, gesticulación, y orientación al entablar una comunicación con otras personas.
- ✓ **Conversación** valorando si la persona puede abrirse a entablarla, iniciarla y mantenerla, así como la correspondencia del contenido y el lenguaje utilizado.
- ✓ **Expresión verbal** aquí se consideran aspectos relacionados con la entonación, articulación, volumen y velocidad de las palabras al conversar
- ✓ **Relaciones.** observando si hay cooperación, colaboración, acogida y respeto en su trato con las otras personas.

Estos se evaluaron mientras realizaban sus Actividades de la vida diaria, encontrándose los resultados siguientes según la tabla 5:

En el aspecto de **habilidades no verbales**, 8 personas puntuaron en la categoría **F** demostrando que mantuvieron el lenguaje corporal apropiado posiblemente espontaneo;

y 6 personas se puntuaron en la categoría **P** dejando ver que generalmente son capaces de expresar y controlar el lenguaje corporal.

En el aspecto de **conversación**, 12 pacientes se puntuaron en la categoría **P** lo que indica que generalmente es capaz de intercambiar información a través del uso del lenguaje en forma efectiva. 1 paciente se puntuó en la categoría **F** indicando que se abre a otros, puede iniciar la conversación, y la mantiene de forma clara, directa y abierta.

Al evaluar el aspecto de **expresión verbal**, 13 personas se puntuaron en la categoría **P**, mostrando que la expresión verbal es por lo general apropiada en tono, volumen y velocidad. Y 1 persona se puntuó en la categoría **F** lo que indica que es asertivo, articula, usa tono, volumen y velocidad apropiada.

En el aspecto de **relaciones**, 9 pacientes se puntuaron en la categoría **P** lo que indica que son capaces de relacionarse con otros y se muestran atentos a las necesidades de otros. También 4 pacientes se puntuaron en la categoría **F** lo que indica que son sociables, colaboradores y atentos con los demás, participan y se relacionan bien con otros.

También puede notarse en la tabla que de 2 a 4 pacientes restringen su participación ocupacional en este componente y 1 aparece que inhibe la participación en la expresión verbal, pero esto realmente se debe a que sufre de un problema de sordera; lo que influye en su desempeño ocupacional.

Tabla N°6
Componente 4. Habilidades de procesamiento.

Escala de puntaje	Aspectos a evaluar							
	Conocimiento	%	Temporalidad	%	Organización	%	Resolución de problemas	%
F	3	18%	6	35%	7	41%	1	6%
P	10	59%	8	47%	7	41%	13	76%
R	4	24%	3	18%	3	18%	1	6%
I	0	0%	0	0%	0	0%	2	12%
Total	17	100%	17	100%	17	100%	17	100%

Fuente: S. Parkinson KFGK. manual del usuario del perfil ocupacional inicial del modelo de ocupacion humana(MOHOST). 2nd ed. chicago; 2004(13).

El cuarto componente del MOHOST comprende la evaluación de los aspectos:

- ✓ **Conocimiento:** que se refiera a buscar y retener información, saber qué hacer en la actividad y saber cómo utilizar objetos
- ✓ **Temporalidad:** comprende la iniciación, compleción, secuencia y concentración al desempeñar una actividad ocupacional.
- ✓ **Organización:** se refiere a la distribución de espacio y objetos, mantenimiento del orden y la preparación de las actividades.
- ✓ **Resolución de problemas:** valora la capacidad de hacer un juicio, de adaptarse, tomar decisiones, y de reaccionar ante cambios en las demandas de su desempeño ocupacional

Este componente se evaluó observando a través de actividades si los residentes pueden organizarse, planificar, resolver problemas y adaptarse durante su participación en las actividades de la vida diaria.

En el aspecto de **conocimiento**, 10 pacientes puntuaron en la categoría **P** lo que indica que buscan y retienen información, seleccionan objetos apropiadamente, y muestran comprensión en las tareas y el uso de objetos. También se encontró que 3 pacientes puntuaron en la categoría **F** siendo capaces de buscar y retener información relevante mostrando comprensión de las tareas y del uso de los objetos.

Al evaluar el aspecto de **temporalidad**, 8 personas puntuaron en la categoría **P** lo que indica que mantienen la concentración, comienzan secuencias y completan actividades en el tiempo apropiado. y 6 personas se puntuaron en la categoría **F** lo que indica que mantienen la concentración, comienzan secuencias y completan actividades en el tiempo apropiado.

Al evaluar el aspecto de **organización**, que consiste en la distribución de espacio y objetos, orden y la preparación. 7 pacientes se puntuaron en la categoría **F** lo que indica que buscan, reúnen y devuelven a su lugar herramientas, objetos necesarios para la actividad en forma eficiente. 7 pacientes se puntuaron en la categoría **P** lo que indica que buscan, reúnen a su lugar herramientas u objetos, pudiendo requerir apoyo ocasional.

El aspecto de la **resolución de problemas**, se mostro en su evaluación que 13 personas se puntuaron en la categoría **P**, lo que indica que generalmente toman decisiones basadas en las dificultades que aparecen. 1 persona se puntuó en la categoría **F** mostrando buen juicio, se anticipa a las dificultades y genera soluciones posibles.

Tabla N°7

Componente 5. Habilidades motoras.

Escala de puntaje	Aspectos a evaluar							
	Postura y movilidad	%	Coordinación	%	Fuerza y esfuerzo	%	Energía	%
F	9	53%	11	65%	6	35%	5	29%
P	7	41%	5	29%	9	53%	12	71%
R	1	6%	1	6%	2	12%	0	0%
I	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	17	100%	17	100%	17	100%	17	100%

Fuente: S. Parkinson KFGK. manual del usuario del perfil ocupacional inicial del modelo de ocupacion humana(MOHOST). 2nd ed. chicago; 2004(13).

La Evaluacion de las Habilidades Motoras tambien comprende 4 aspectos:

- ✓ **Postura y movilidad:** este aspecto abarca todos las condiciones motoras necesarias para llevar a cabo una actividad tales como estabiliza, camina, alinea, alcanza, posiciona, se dobla, equilibra, se traslada.
- ✓ **Coordinación :** que presenta en la manipulación, movimiento fácil, fluidez y en las habilidades motoras finas
- ✓ **Fuerza y Esfuerzo:** este se mide al Agarrar, Transportar, Mover, Calibrar ,
Coger/tomar objetos
- ✓ **Energía:** se mide en la Resistencia, Atención , Tiempo de ejecución (ritmo)al ejecutar sus actividades.

El componente de las habilidades motoras, se evaluo durante la participacion de los pacientes en las actividades de la vida diaria.

El aspecto de **postura y movilidad**, se observa que 9 pacientes puntuaron en la categoría **F** lo que indica que se estabilizan, se mantienen rectos, flexibles, con movimiento fluido para la realización de actividades. y 7 personas se puntuaron en la categoría **P** indicando que son capaces de mantener la postura y la movilidad en la actividad en forma independiente o con ayudas técnicas.

Al evaluar el aspecto de **coordinación**, 11 pacientes puntuaron en la categoría **F** lo que indica la coordinación de las partes del cuerpo, usando movimientos suaves y fluidos. Y 5 pacientes se puntuaron en la categoría **P** demostrando algo de rigidez, o destreza dudosa que algunas veces causa interrupciones en la actividad.

En el aspecto de **fuerza y esfuerzo**, 9 pacientes se puntuaron en la categoría **P** indicando que estas habilidades son generalmente suficientes para la mayoría de las tareas. Y 6 pacientes se puntuaron en la categoría **F** indicando que son capaces de agarrar, mover y transportar objetos en forma segura, con fuerza y velocidad apropiada.

Al evaluar el aspecto de **energía**, 12 pacientes se puntuaron en la categoría **P** indicando la energía un poco alta o baja, capaz de mantener tiempo y velocidad de ejecución durante la mayoría de las tareas. y 5 personas se puntuaron en la categoría **F** manteniendo los niveles apropiados de energía, capaz de mantener tiempo y velocidad de ejecución durante la actividad.

En este componente solo 1 a 2 pacientes tienen Restricción en su participación ocupacional y ninguno la inhibe.

Tabla N°8

Componente 6. Ambiente.

Escala de puntaje	Aspectos a evaluar							
	Espacios físicos	%	Recursos físicos	%	Grupos sociales	%	Demandas ocupacionales	%
F	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
P	17	100%	17	100%	17	100%	17	100%
R	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
I	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Total	17	100%	17	100%	17	100%	17	100%

Fuente: S. Parkinson KFGK. manual del usuario del perfil ocupacional inicial del modelo de ocupacion humana(MOHOST). 2nd ed. chicago; 2004(13).

El componente 6 del MOHOST, también comprende 4 aspectos a evaluar:

- ✓ **Espacio físico** que incluye: hogar y vecindario, lugares de trabajo/educación y esparcimiento, privacidad y accesibilidad, estimulación y comodidad
- ✓ **Recursos físicos** este aspecto comprende, finanzas, equipamiento/objetos y herramientas, posesiones y transporte, seguridad e independencia
- ✓ **Grupos sociales** considerando, dinámica familiar, amigos y apoyo social, clima laboral y expectativas y participación
- ✓ **Demandas Ocupacionales** tomando en cuenta las demandas de las actividades sociales y de esparcimiento, actividades de la vida diaria, trabajo y responsabilidades domesticas, convicciones culturales, complejidad de las tareas

Igual que los anteriores componentes, el ambiente se evaluó observando al paciente en actividades de la vida diaria.

En el aspecto de **espacios físicos**, 17 pacientes puntuaron en la categoría **P** lo que indica que para ellos el espacio físico en su mayoría es adecuado, permitiendo la participación en ocupaciones.

Al evaluar el aspecto de **recursos físicos**, 17 personas se puntuaron en la categoría **P** lo que indica que tienen un impacto cuestionable en la habilidad para lograr metas ocupacionales.

Al evaluar el aspecto de **grupos sociales**, 17 personas se puntuaron con la categoría **P** indicando que los grupos sociales ofrecen apoyo práctico, pero pueden también tener mucha o poca participación.

Y al evaluar las **demandas ocupacionales**, 17 personas se puntuaron en la categoría **P** indicando que las demandas de las diferentes actividades compatibilizan con las habilidades, intereses, energía o tiempo disponible.

Tabla N°9
Resultados Globales del MOHOST

Motivación por la Ocupación				Patrón de Ocupación				Habilidades de Comunicación & Interacción				Habilidades de Procesamiento				Habilidades Motoras				Ambiente			
Apreciación de habilidades	Anticipación de éxito	Interés	Elección	Rutina	Adaptabilidad	Responsabilidad	Roles	Hábil. no verbales	Conversación	Expresión verbal	Relaciones	Conocimiento	Temporalidad	Organización	Resol. problemas	Postura y Movilidad	Coordinación	Fuerza y Esfuerzo	Energía	Espacios Físicos	Recursos Físicos	Grupos Sociales	Demandas Ocupacionales
F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F	F
P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P	P
R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I	I

Fuente: S. Parkinson KFGK. manual del usuario del perfil ocupacional inicial del modelo de ocupación humana(MOHOST). 2nd ed. Chicago; 2004(13).

Puede observarse en la tabla 9 que en general predominó la puntuación **P** que indica que la participación ocupacional es permitida de manera aceptable. y en 3 aspectos predominó la puntuación **F** que nos refleja que se facilita la participación ocupacional.

Tabla 10
Resultado Individuales

Perfil Ocupacional inicial del Modelo de Ocupación Humana(MOHOST)			
Escala de puntajes	Puntos	Resultados	%
F: Facilita la participación ocupacional.	(73-96 puntos)	11	65%
P: Permite la participación ocupacional.	(49-72 puntos)	6	35%
R: Restringe la participación ocupacional.	(25-48 puntos)	0	
I: Inhibe la participación ocupacional.	(0-24 puntos)	0	
Total:		17	100%

Fuente: S. Parkinson KFGK. manual del usuario del perfil ocupacional inicial del modelo de ocupación humana(MOHOST). 2nd ed. Chicago; 2004(13).

En la puntuación individual, los resultados refieren que 11 personas alcanzaron el puntaje para calificarse en **F** y 6 quedaron en el rango de la escala **P**.

4. Evaluación del CIF Funciones Corporales. Funciones Mentales. Esta comprende:

- **Funciones Mentales Globales:**
 - Funciones del Temperamento y la Personalidad.
 - Funciones relacionadas con la Energía y los Impulsos.
- **Funciones Mentales Específicas:**
 - Funciones Emocionales.

Tabla N°11
Funciones Mentales globales.

Funciones mentales Globales	Calificador		NoD	1DL	2DM	3DG	Total
	Funciones del temperamento y la personalidad.	Extroversión	3	10	4	0	17
		Amabilidad	16	1	0	0	17
		Responsabilidad.	9	6	2	0	17
		Estabilidad psíquica.	11	0	5	1	17
		Disposición a vivir nuevas experiencias.	6	8	3	0	17
		Optimismo.	6	9	2	0	17
		Confianza	11	6	0	0	17
		Ser digno de confianza.	11	6	0	0	17
	Funciones relacionadas con la energía los impulsos	Nivel de energía.	6	10	1	0	17
		Motivación.	7	9	1	0	17
		Apetito.	16	1	0	0	17
		Ansia(“Craving”)	14	1	1	0	17
		Control de impulsos.	12	3	2	0	17

Fuente: Salud OMdl. CIF clasificacion internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud(16).

La tabla muestra los resultados en la evaluación de las Funciones Mentales Globales.

En cuanto a las Funciones del temperamento y la personalidad, puede observarse que 10 pacientes tienen deficiencia leve en la extroversión, 6 en la responsabilidad. en la estabilidad psíquica 5 presentaron deficiencia moderada y 1 deficiencia grave. También se encontró deficiencia en la disposición a vivir nuevas experiencias, en 8 pacientes de manera leve y en 3 moderada. 9 pacientes también mostraron déficit leve en el

optimismo y 2 moderado en el mismo rubro. Y 6 pacientes mostraron leve deficiencia en la confianza y en sentirse dignos de confianza de parte de otras personas.

En el caso de las Funciones relacionadas con la energía y los impulsos, 10 mostraron deficiencia leve en el nivel de energía y 1 moderada. En la motivación, 9 presentaron deficiencia leve, y 1 moderada, en el apetito solo uno refirió déficit leve, 3 mostraron problemas con la ansiedad, 1 leve, 1 moderado y 1 grave respectivamente. y 3 consideraron dificultad leve en el control de impulsos y 2 moderada.

Tabla N°12
Funciones Mentales Específicas.

Funciones mentales específicas	Calificador		Nod	1DL	2DM	3DG	Total.
	Funciones emocionales	Adecuación de la emoción.	8	6	2	1	17
		Regulación de la emoción.	7	7	2	1	17
		Rango de la emoción.	8	6	2	1	17

Fuente: Salud OMdl. CIF clasificacion internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud(16).

Las **funciones emocionales** son aquellas relacionadas con los sentimientos y los componentes afectivos de los procesos mentales. Según los observado durante la evaluación, un total de 6 personas presentaron deficiencia leve a la adecuación de la emoción, 2 deficiencia moderada y 1 deficiencia grave mostrando dificultades en la congruencia entre el sentimiento o afecto y la situación que están viviendo; así mismo en la regulación de la emoción 7 personas con deficiencia leve, 2 con moderada y 1 con grave. Y en el rango de emoción, 6 mostraron deficiencia leve, e igualmente 2 moderada y 1 grave.

4. Valoración de las Habilidades de Comunicación E Interacción (ACIS).

La aplicación del instrumento fue por medio de observación en 3 momentos y con diferentes actividades (Terapia, Actividad de la Vida Diaria, Almuerzo) para obtener datos acerca de la habilidad que la persona demuestra al comunicarse e interactuar con otros en una ocupación.

La evaluación comprende 3 componentes:

1. Dominio Físico
2. Intercambio de Comunicación
3. Relaciones

Puntajes del ACIS.

COMPETENTE (4)	Desempeño competente que apoya el rendimiento de la comunicación/ interacción y conlleva a resultados positivos en la interacción personal/ grupal. El examinador no observa evidencia de déficit.
CUESTIONABLE (3)	Desempeño cuestionable que da lugar a riesgo en rendimiento de la comunicación/interacción y conlleva a resultados inciertos de interacción interpersonal/grupal. El examinador cuestiona la presencia de déficit.
INEFECTIVO (2)	Desempeño inefectivo que interfiere rendimiento de la comunicación/ interacción y conlleva a resultados indeseables de interacción interpersonal/grupal. El examinador observa déficit leve a moderado.
DÉFICIT (1)	Déficit en el desempeño impide el rendimiento de la comunicación/ interacción y conlleva a resultados de interacción personal grupal inaceptable. El examinador observa un déficit severo (riesgo de daño, peligro, provocación o quiebre de la interacción grupal).

TABLA N° 12
Componente 1. Dominio Físico

Aspectos Evaluados	SITUACION OBSERVADA- Escala de Valoración														
	Terapia					Actividad de esparcimiento					Almuerzo				
	4	3	2	1	T	4	3	2	1	T	4	3	2	1	T
Se Contacta	10	6	1	0	17	12	5	0	0	17	11	6	0	0	17
Contempla	9	5	3	0	17	11	2	4	0	17	8	5	4	0	17
Gesticula	9	5	3	0	17	10	5	2	0	17	9	5	3	0	17
Maniobra	10	2	5	0	17	11	2	4	0	17	10	3	4	0	17
Se orienta	10	6	1	0	17	12	3	2	0	17	10	6	1	0	17
Posiciona	12	4	1	0	17	14	3	0	0	17	14	3	0	0	17

Fuente: M. KF. Manual del Usuario del EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN (ACIS). In. Chicago; 1998.

El componente de **Dominio Físico** se evaluó por medio de la corporalidad ya que es a través del cuerpo que se manejan todas las interacciones con otros. Este comprende 6 aspectos a ser considerados:

- ✓ **Contacta** :que significa establecer contacto físico con otros
- ✓ **Contempla**: es el uso de los ojos para comunicar e interactuar con otros
- ✓ **Gestícula**: se refiere al uso de movimientos del cuerpo para demostrar, indicar o dar énfasis a una acción
- ✓ **Maniobra**: significa mover el cuerpo de uno en relación a otros
- ✓ **Se orienta**: significa girar la cabeza en relación a otros o formas ocupacionales
- ✓ **Posiciona**: significa asumir posiciones físicas, al uso del lenguaje corporal.

Como se observa en la tabla 12, la mayoría de los usuarios tuvieron desempeño competente (puntaje 4) en todos los aspectos que se evaluaron mientras realizaban 3

actividades diferentes. Pero también hubo personas con desempeño cuestionable (puntaje 3) e ineficiente (puntaje 2).

En el aspecto de **contacta**, se observan 5-6 pacientes con puntaje 3 lo que indica que se establecían contacto de forma cuestionable ya que lo hacían por periodos muy breves., sin embargo esto no interfería con la acción social que realizaban; en cambio 1 persona con puntaje 2 mostro desempeño inefectivo al realizar contacto ya que aunque era apropiado lo mantenía demasiado prolongado.

En el aspecto **contempla**, 2-5 pacientes obtuvieron puntaje 3 lo que indica que presentan un desempeño cuestionable al observarse duración inapropiada al contemplar pero que no interfería con la interacción social, en cambio se encontró puntaje 2 en 3-4 personas con desempeño inefectivo, ya que al contemplar a otra persona, solo realizaban un contacto visual mínimo, lo evitaban o tenían dificultad para mantenerlo.

En el aspecto **Gesticula**, 5 pacientes obtuvieron puntaje de 3 lo que indica que presentaron un desempeño cuestionable para la efectividad de la gesticulación, aunque si establecieron interacción. Y 4-5 pacientes con puntaje 2 lo que indica que poseen una habilidad inefectiva ya que las gesticulaciones fueron incongruentes con el habla, y retrasaban la continuidad de la acción social.

Al evaluar el aspecto **Maniobra**, 2-3 pacientes obtuvieron puntaje 3 lo que indica que poseen un desempeño cuestionable ya que se posicionaban muy cerca o muy lejos de los demás. Y el menor puntaje fue de 2 con 4-5 pacientes con una habilidad de maniobrar inefectiva ya que una persona requería usar asistencia para manipular silla de ruedas, se situaba demasiada cerca de otra persona llegando a invadirla, y otros se mueven

inadecuadamente dentro de interacciones diádicas lo que ocasiona retraso en la comunicación y dificultaba la interacción social

En el aspecto de **Se orienta**, 3-6 pacientes obtuvieron puntaje 3 lo que indica desempeño cuestionable ya que se observó una alteración leve en la orientación. Y el menor puntaje es 2 con 1-2 pacientes con una habilidad de orientación inefectiva ya que se le dificultaba girar hacia/ alejarse, o una dañada habilidad para cambiar la orientación.

Al evaluar el aspecto **Posiciona**, 3-4 pacientes puntuaron 3 lo que indica que poseen un desempeño cuestionable ya que presentaban demora en la interacción con los demás debido a la postura. Y el menor puntaje es de 2 con 1 paciente con habilidad inefectiva ya que se le dificultaba cambiar de postura apropiadamente lo que dificultaba su interacción.

TABLA N° 13
Componente 2. Intercambio De Comunicación

Aspectos Evaluados	SITUACION OBSERVADA- Escala de Valoración														
	Terapia					Actividad de esparcimiento					Almuerzo				
	4	3	2	1	T	4	3	2	1	T	4	3	2	1	T
Articula	9	4	3	1	17	10	4	2	1	17	7	7	2	1	17
Es asertivo	2	9	3	3	17	3	8	4	2	17	2	8	4	3	17
Pregunta	1	10	4	2	17	3	7	5	2	17	1	10	4	2	17
Se involucra	3	7	7	0	17	4	10	3	0	17	4	9	4	0	17
Se expresa	7	5	5	0	17	6	7	4	0	17	6	6	5	0	17
Modula	8	5	3	1	17	9	4	3	1	17	8	5	3	1	17
Comparte	3	9	3	2	17	4	8	3	2	17	3	8	4	2	17
Habla	12	2	1	2	17	12	2	2	1	17	12	2	1	2	17
Sostiene	10	4	3	0	17	10	4	1	2	17	11	3	0	3	17

Fuente: M. KF. Manual del Usuario del EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN (ACIS). In. chicago; 1998.

El componente de **intercambio de comunicación** se evaluó a través del uso del lenguaje codificado. Este comprende 9 aspectos a ser considerados:

- ✓ **Articula:** significa producir un lenguaje claro y entendible.
- ✓ **Es asertivo:** es cuando se expresan directamente deseos, negativas y solicitudes.
- ✓ **Pregunta:** requiere información basada en hechos o información personal.
- ✓ **Se involucra:** significa iniciar interacciones.
- ✓ **Se expresa:** es manifestar afecto/actitudes que son apropiadas y contribuyen a la forma ocupacional y contexto social.
- ✓ **Modula:** significa emplear volumen e inflexiones de la voz.
- ✓ **Comparte:** es descubrir información basada en hechos o información personal.
- ✓ **Habla:** significa hacerse entender por medio del uso de palabras, frases, sentencias
- ✓ **Sostiene:** es mantener un discurso con apropiada duración.

Como puede observarse en la tabla 13, hubo más variación en los puntajes, ya que hubo pacientes que en algunos aspectos puntuaban en 4 y 3 dejando claro que tenían un desempeño eficiente en este rubro y algunos con el desempeño cuestionable aunque esto no impedía sus relaciones de interacción-comunicación.

Al evaluar el aspecto **Articula**, 2-3 pacientes obtuvieron puntaje 2 lo que indica que presentan un desempeño inefectivo ya que algunas palabras no son entendidas, y solamente se le entiende si se le escucha cuidadosamente. Y el menor puntaje es de 1 con una persona con déficit en la habilidad para articular ya que no habla.

En el aspecto **Asertivo**, 3-4 pacientes puntuaron 2 lo que indica que presentan un desempeño inefectivo al interrumpir a otros, hablar con confianza pero también con alguna duda. Y el menor puntaje es de 1 con 2-3 pacientes con déficit en la habilidad al ser inactivos al satisfacer sus propias necesidades e intentar dominar a los demás.

Al evaluar el aspecto **Pregunta**, 4-5 pacientes puntuaron 2 lo que indica que poseen una habilidad inefectiva, al preguntar de forma innecesaria, o dudaba al preguntar. Y el menor puntaje es de 1 con 2 pacientes con déficit en la habilidad, por hacer demasiadas preguntas o por no hacer ninguna.

En el aspecto **Se involucra**, 7-10 pacientes puntuaron 3 lo que indica que poseen una habilidad cuestionable para involucrarse con los demás. Y el menor puntaje es 2 con 3-7 pacientes lo que indica que poseen un desempeño inefectivo en la habilidad ya que tenían dificultades para iniciar la interacción.

Al evaluar el aspecto **Se expresa**, 5-7 pacientes puntuaron 3 lo que indica que presentan una habilidad cuestionable en la congruencia de la emoción con el contexto. Y menor

puntaje es de 2 con 4-5 pacientes lo que indica una habilidad inefectiva para expresar afecto o afecto incongruente con el relato.

En el aspecto **Modula**, 3 pacientes puntuaron 2 lo que indica que poseen una habilidad inefectiva ya que el volumen que empleaban era demasiado suave y algunas palabras eran escuchadas con dificultad. Y el menor puntaje es de 1 con una paciente con déficit ya que no hace uso del habla para comunicar un mensaje.

Al evaluar es aspecto **Comparte**, 3-4 pacientes puntuaron 2 lo que indica que poseen una habilidad inefectiva ya que compartían inadecuadamente información objetiva. Y el menor puntaje es de 1 con 2 pacientes con déficit en la habilidad al evitar compartir información cuando se le daba la oportunidad o rechazaba compartirla.

En el aspecto **Habla**, 1-2 pacientes puntuaron 2 lo que indica que presentan una habilidad inefectiva ya que la información era a veces incomprensible. Y el menor puntaje es de 1 con 1-2 pacientes con déficit ya que no habla usando oraciones o hay partes de ellas que no son entendibles y no habla en absoluto por deficiencia.

Al evaluar el aspecto **Sostiene**: 1-3 pacientes puntuaron 2 lo que indica que poseen una habilidad inefectiva para mantener una conversación, ya que había lentitud al responder o parecía que hablaba presionado. Y el menor puntaje es de 1 con 2-3 pacientes con déficit por presencia de tartamudeo/vacilaciones que requieren que otra persona retransmita el significado, o porque la persona no habla, y con esto hay un déficit que lleva al quiebre de la acción social.

TABLA N°14
Componente 3. Relaciones

Aspectos Evaluados	SITUACION OBSERVADA- Escala de Valoración														
	Terapia					Actividad de esparcimiento					Almuerzo				
	4	3	2	1	T	4	3	2	1	T	4	3	2	1	T
Colabora	9	3	3	2	17	9	4	2	2	17	9	4	1	3	17
Cumple	6	7	2	2	17	6	7	2	2	17	7	6	2	2	17
Se centra	8	3	3	3	17	8	3	3	3	17	9	2	4	2	17
Se relaciona	7	8	1	1	17	7	8	1	1	17	9	6	1	1	17
Respeta	8	7	1	1	17	8	7	1	1	17	8	7	1	1	17

Fuente: M. KF. Manual del Usuario del EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN (ACIS). In. Chicago; 1998.

El componente de **Relaciones** se refiere a que los seres humanos son afectivos y sociales. Y pueden sentir un vínculo de conexión con los compañeros, y reaccionan con emociones de cómo piensan que los demás los perciben, tratan y se preocupan por ellos. Este comprende 5 aspectos a ser considerados:

- ✓ **Colabora:** significa coordinar su acción social con la de otros hacia un fin común.
- ✓ **Cumple:** significa seguir las normas sociales implícitas y explícitas.
- ✓ **Se centra:** es dirigir una conversación y el comportamiento hacia la acción social actual
- ✓ **Se relaciona:** es asumir una manera de actuar que intenta establecer una comunicación con otros.
- ✓ **Respeta:** significa acomodarse a las reacciones y requerimientos de otros.

Al evaluar aspecto **Colabora**, 1-3 pacientes puntuaron 2 lo que indica que presentan una habilidad inefectiva al ser demasiado atento o dificultad para compartir materiales, lo que causaba interferencia en la comunicación. Y el menor puntaje es 1 con 2-3 pacientes

con déficit en la habilidad ya que requería asistencia para mantener la conversación o era inadecuadamente atento, esto ocasiona un quiebre de la acción social.

En el aspecto **Cumple**, 2 pacientes puntuaron 2 lo que indica que presentaron un desempeño inefectivo ya que presentaban un uso inadecuado del lenguaje interfiriendo en su interacción social. Y el menor puntaje es de 1 con 2 pacientes con déficit en la habilidad al presentar comportamientos inapropiados, los cuales ofenden notoriamente a otros lo que ocasiona un quiebre en la relación social.

Al evaluar el aspecto **Se centra**, 3-4 pacientes puntuaron 2 lo que indica que poseen una habilidad inefectiva ya que se dejaban llevar de un tema a otro y no mantenía la idea original, se distraían pero volvían a la idea. Y el menor puntaje fue de 1 con 2-3 pacientes con déficit en la habilidad de centrarse ya que se distrae y no vuelve al punto/acción social sin la intervención del terapeuta o compañero/s.

En el aspecto **Se relaciona**, 1 paciente obtuvo puntaje 2 lo que indica que posee una habilidad inefectiva al parecer desinteresado. Y el menor puntaje es de 1 con 1 paciente con déficit en la habilidad para relacionarse, ya que requería intervención del terapeuta o compañero(s) para apoyar déficit de habilidad.

Al evaluar el aspecto **Respeto**, 1 paciente obtuvo puntaje 2 lo que indica que presentaba una habilidad inefectiva ya que era un poco lento al acomodarse a la solicitud de otros. Y el menor puntaje es de 1 con 1 paciente con déficit ya que no era consciente de necesitar acomodar sus reacciones, por lo que no respetaba a los otros en su interacción social por lo que le bloqueaban.

INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS

Se realizaron para esta investigación 4 tipos de evaluaciones.

La primera evaluó el perfil ocupacional, considerando a las 17 personas con VIH SIDA, residentes en el área 2 y 3 del Hogar Reina de la Paz en San Marcos. Dentro de los factores personales, se encontró que la mayoría (53%) eran del sexo femenino ya que la mayoría de hombres después de un tiempo o cuando creen que se sienten mejor optan por salir de la institución, en cambio las mujeres se sienten mas cómodas en el lugar, la mayor cantidad de pacientes estaban en los rangos de 51-60 años o más de 60 años; refieren estar solteros (59%) porque la mayoría después del diagnóstico optan por separarse, además presentan otros diagnósticos secundarios, el que más predominó fue la toxoplasmosis en un 33% de ellos. También se identificaron los Roles ocupacionales, dentro de los roles ocupacionales presentes en los pacientes con VIH/ SIDA predominó el de amigo/a con 16 personas, seguido del rol de hermano/a, y miembro activo de un grupo religioso con 14 personas y el rol de voluntario y aficionado con 12 personas, los roles con más relevancia fueron el de amigo, hermano/a, hijo/a y aficionado. Y El rol que más se les dificultó fue el de estudiante.

La segunda evaluación corresponde al perfil Ocupacional inicial del Modelo de Ocupación Humana (MOHOST), en el cual se tomaron en cuenta 6 componentes: Motivación por la ocupación, Patrón de ocupación, habilidades de comunicación interacción, habilidades de procesamiento, habilidades motoras y ambiente. Encontrándose predominio de la puntuación P lo que indica que la participación ocupacional es permitida de manera aceptable. y en 3 aspectos predominó la puntuación

F que nos refleja que se facilita la participación ocupacional. Específicamente: las habilidades no verbales que corresponden al componente de habilidades de comunicación e interacción, organización que corresponde al componente de habilidades de procesamiento y postura y movilidad del componente de habilidades motoras. Por tanto esta valoración muestra que los pacientes con VIH/SIDA tienen un desempeño ocupacional aceptable.

La tercera evaluación corresponde al Clasificador Internacional del Funcionamiento y Discapacidad (**CIF**), aquí se evaluaron las funciones mentales globales, como lo son las funciones del temperamento y la personalidad aquí se encontró que las funciones que presentan una deficiencia leve son la extroversión con 10 residentes, 8 en la disposición a vivir nuevas experiencias, y 9 en el optimismo, en cuanto a las funciones que presentan una deficiencia moderada están: estabilidad psíquica 5 y disposición a vivir nuevas experiencias 3 y el optimismo con 3 usuarios. estos déficits pueden estar relacionados con la condición por la que atraviesan al presentar su enfermedad, ya que pueden sentirse etiquetados, o marginados de parte de las otras personas y por eso se ven afectadas estas funciones de temperamento.

En cuanto a las funciones relacionadas a la energía y los impulsos el resultado que más predominio obtuvo en la evaluación como deficiencia leve fueron los rubros de energía, .motivación, ansiedad y control de impulsos aquí se cree que tal vez estas funciones se ven afectadas por los medicamentos que consumen los pacientes con VIH/SIDA para el tratamiento de su enfermedad.

En la evaluación de las funciones mentales específicas las cuales son las funciones emocionales, en los tres componentes que comprenden estas funciones se observó una deficiencia leve en un promedio de 6 a 7 pacientes, tanto en la adecuación de la emoción, regulación de la emoción y rango de la emoción. Aquí, cada uno de los componentes se evaluó mediante la observación del comportamiento, la interacción y las reacciones de los pacientes en las diferentes actividades desarrolladas en conjunto con el equipo de investigación y de forma individual en el hogar.

La cuarta evaluación corresponde a las Habilidades de Comunicación interacción en el cual se tomaron en cuenta 3 componentes:

A) Dominio físico; dentro del cual hay 6 aspectos a evaluar en los pacientes con VIH/SIDA en 3 momentos diferentes: terapia, actividad de esparcimiento y almuerzo con predominio de puntaje 4 en todos los aspectos y siendo el momento de la actividad de esparcimiento donde fueron más competentes porque interactuaban más entre sí, hacían más contacto visual y había más libertad para expresar emociones a través del cuerpo, el menor puntaje se registró durante la terapia con una habilidad inefectiva, a algunos les costaba adoptar una postura, y había una persona que requería asistencia para usar silla de ruedas por lo que dependía de alguien más para asistir a la terapia.

B) Intercambio de comunicación: habían 9 aspectos a evaluar y hubo predominio de puntaje 3 lo que significa que la mayoría de personas tenían una habilidad cuestionable para comunicarse. El menor puntaje fue de 1 con 2-3 pacientes que presentaron déficit en los 3 momentos ya que no había un lenguaje claro, era nulo o poco expresivo.

C) Relaciones: se evaluaron 5 aspectos en el cual predominó el puntaje 4 lo que indica que eran competentes sobre todo al momento del almuerzo donde seguían ciertas normas como la hora exacta para los alimentos, ayudaban entre todos a colocar los utensilios en el comedor, ordenar las sillas, cada quien ya tiene su lugar asignado así que respetaban el lugar del otro. El puntaje menor fue de 1 con 1 a 3 personas que presentaban déficit ya que tenían conductas que ofendían o incomodaban a otros o eran muy distraídos.

CAPITULO

VI

CAPITULO VI

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación se concluye lo siguiente:

1. La investigación se desarrollo en 17 residentes de las áreas 2 y 3 del Hogar Reina de La Paz infectados con VIH/SIDA, el 53 % fueron del sexo femenino, los rangos de edades oscilaron entre los 18 a 79 años, quienes entre sus roles figuran como voluntario, amigo, hermano y miembro activo de un grupo religioso, y al aplicar el MOHOST para determinar la evaluación ocupacional inicial, se evidencio que en aspectos relacionados con la motivación de la ocupación, patrón de la ocupación, habilidades de comunicación interacción, habilidades de procesamiento los usuarios permiten la participación ocupacional, el contexto facilita también la participación ocupacional de los residentes con VIH/SIDA.
2. Mediante la evaluación de las funciones mentales afectivas se logró identificar que en las Funciones del temperamento y la personalidad que presentan deficiencia en la población evaluada con VIH/SIDA son: extroversión, disposición a vivir nuevas experiencias, optimismo y ser digno de confianza, así mismo en las Funciones relacionadas con la energía y los impulsos las que presentaban un déficit más significativo se encontró el nivel de energía, y la motivación; en cuanto a las Funciones emocionales la que se observó mayormente más afectada es la regulación de la emoción con deficiencia leve.

3. Dentro de las habilidades de interacción comunicación evaluadas durante las actividades en la que participan los pacientes con VIH/SIDA como lo son terapia (Fisioterapia), actividad de terapia ocupacional, y el almuerzo; se identificó que en las tres situaciones observadas en el dominio físico se estableció que la mayoría de las personas son competentes, en cuanto al intercambio de comunicación se identificó que dentro de los aspectos evaluados el almuerzo fue la situación a donde se encontró un resultado de cuestionable, y las relaciones en las tres situación observadas se identificó que en la mayoría de los aspectos evaluados son competentes.

RECOMENDACIONES

- Crear programas que favorezcan el desarrollo de habilidades de comunicación-interacción con el fin de fomentar el compañerismo y el apoyo grupal, evitando el aislamiento y estados depresivos, realizando actividades de interés para pacientes con VIH/SIDA.
- Mantener y mejorar el desempeño ocupacional de los residentes con VIH/SIDA del hogar, que le permitan la interacción social no solo dentro del Hogar, sino también con personas de fuera.
- Ayudar a la personas a elaborar una rutina ocupacional satisfactoria y significativa que apoye su participación en roles activos dentro del Hogar Reina de la Paz de San Marcos
- Creación de un área de Terapia Ocupacional en el Hogar ya que de esta manera se brindará a los pacientes con VIH/SIDA una mejor atención, por medio de programas

BIBLIOGRAFIA.

1. Organizacion Mundial de la Salud. [Online]. [cited 2018 febrero 24. Available from: http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/.
2. Espinoza A. Terapia Ocupacional, una manera diferente de vivir. [Online].; 2004 [cited 2018 marzo 9. Available from: <http://to-loquenecesitas.blogspot.com/2014/10/to-en-vih.html>.
3. Maza J. protocolo de atencion para personas viviendo con VIH/SIDA san salvador; 2005.
4. Laicos Misioneros. [Online].; 2009 [cited 2014 marzo 6. Available from: <http://www.elsalvador.com/mwedh/nota/notacompleta.asp?idCat=6487&idArt=3455627>.
5. Choto D. elsalvador.com. [Online].; 2016 [cited 2018 abril 6. Available from: <http://www.elsalvador.com/noticias/nacional/202821/su-legado-en-el-salvador-el-cuido-de-los-desvalidos/>.
6. AOTA. dominios y proceso. habilidades de desempeño. 3rd ed.; 2002 y 2014.
7. Asociacion Salvadoreña Promotora de la Salud. [Online].; 2009 [cited 2018 febrero 24. Available from: www.asps.org.sv.
8. A. Wells KLS. HIV/SIDA. In Willard S. terapia ocupacional.: panamericana p. 1029-1031.
9. Maza J. Manual para facilitadores/as, sobre consejeria para VIH/SIDA.
10. M. Rivera NVMRBSDC. pepsic. [Online].; 2012 [cited 2018 abril 6. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-74752012000200005.

11. Iaborador c. federacion mundial de terapeutas ocupacionales(WFOT). [Online].; 2004 [cited 2017 agosto 20. Available from: <http://www.wfot.org/#>.
12. Ávila Álvarez A MPRMMRMBMMMBTVMea. Marco de trabajo para la práctica de la terapia ocupacional: Dominio y proceso. 2nd ed.
13. KFGK SP. manual del usuario del perfil ocupacional inicial del modelo de ocupacion humana(MOHOST). 2nd ed. chicago; 2004.
14. KyB O. listado de roles. 1985..
15. M. KF. Manual del Usuario del EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN (ACIS). In. chicago; 1998.
16. Salud OMdl. CIF clasificacion internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. In.
17. F. Villarreal CFLGARF. Scielo. [Online].; 2012 [cited 2018 abril 6. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-69612012000100002.

ANEXOS

ANEXO N°1

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE TECNOLOGIA MÉDICA
LICENCIATURA EN FISIOTERAPIA Y TERAPIA OCUPACIONAL

**CONSENTIMIENTO INFORMADO****TEMA**

**HABILIDADES DE INTERACCIÓN - COMUNICACIÓN EN EL DESEMPEÑO
OCUPACIONAL EN LOS RESIDENTES DEL HOGAR REINA DE LA PAZ DE
SAN MARCOS, INFECTADOS CON VIH. ABRIL-MAYO- 2018.**

INVESTIGADORES:

- 1- LOPEZ AYALA, KAREN GABRIELA**
- 2- RIVERA NAVIDAD, MARCELA ALEJANDRA**
- 3- VASQUEZ FLORES, KARINA YAMILETH**

DOCENTE DIRECTOR:

Licda. Martha Arévalo de Argueta.

CIUDAD UNIVERSITARIA, 24 de Agosto de 2018.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Nombre del Investigador Principal

- 1- López Ayala, Karen Gabriela.
- 2- Rivera Navidad, Marcela Alejandra.
- 3- Vásquez Flores, Karina Yamileth.

Documento de Consentimiento Informado para los usuarios del Hogar Reina de la Paz, que se encuentran en el área 2 y 3.

PARTE I: Información

Introducción

Nosotros como estudiantes de la FMUES estamos investigando las habilidades de comunicación interacción que afectan el desempeño ocupacional en personas con VIH, por lo tanto es necesaria su evaluación, para poder determinar si este componente se encuentra afectado o no en los residentes del Hogar Reina de La Paz de San Marcos.

No tiene que decidir hoy si participa o no en esta investigación. Antes de decidirse puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación.

Puede que haya algunas palabras que no entienda, no dude en detenerme para darme tiempo en explicarle o si tiene preguntas más tarde, puede preguntar al docente director o a otros miembros del equipo.

➤ Propósito

Esta investigación se realiza con el propósito de:

- Caracterizar a los pacientes y conocer sus roles ocupacionales que son un conjunto de comportamientos esperados por la sociedad tales como: rol de padre- madre, hijo etc.
- Medir el desempeño ocupacional del paciente a través de la forma en que se desenvuelve en el ámbito en que reside.
- Evaluar las habilidades de interacción-comunicación de los pacientes con VIH con la participación en las actividades del ámbito en que reside.

Tipo de Intervención de Investigación

La investigación se realizará en cuatro jornadas en el cual a los participantes se le brindaran una serie de instrumentos para identificar las habilidades de desempeño que se encuentran afectadas especialmente las de las habilidades de comunicación- interacción para determinar si existe una alteración que repercuta en su desempeño ocupacional.

Selección de participantes

Los participantes son los pacientes del área 2 y 3, que son las áreas de las personas con VIH tanto hombres como mujeres.

Participación Voluntaria

La participación en esta investigación es totalmente voluntaria puede elegir participar o no hacerlo.

Tanto si elige participar o no, se respetara su decisión y nada cambiará.

Si usted se siente incómodo durante las investigación puede cambiar de idea y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes.

Procedimientos y Protocolo

Para el desarrollo de este estudio la recolección de datos se realizara en tres fases: la primera será por medio de una entrevista donde se realizará la elaboración de un listado

de roles, el listado está dividido en 2 partes. La primera parte evalúa, los roles que más han servido para organizar la vida diaria del individuo. La segunda parte permite identificar el grado en que el individuo valora cada rol, posteriormente se seguirá con la elaboración de un Perfil Ocupacional Inicial del modelo de ocupación humana (MOHOST) donde se medirá la participación ocupacional del paciente los primeros datos a recolectar se realizará por medio de una entrevista.

En la segunda fase se evaluará las funciones mentales afectivas en los pacientes por medio del Clasificador Internacional del Funcionamiento y Discapacidad (CIF) por medio de la observación y se llevará a cabo mediante se desarrollen los instrumentos anteriormente mencionados.

En la última fase se realizará la evaluación de las habilidades de comunicación e interacción, esta evaluación se desarrollará mediante el instrumento de Evaluación de Habilidades de Comunicación e Interacción (ACIS) por medio de una observación.

Duración

La duración de la investigación será de dos semanas, los días lunes, miércoles y viernes.

Efectos Secundarios

Dicha investigación no traerá ningún efecto a su salud ni a su integridad física y moral.

Riesgos.

Esta investigación no le traerá ningún riesgo para su salud en el periodo que se este este ejecutando.

Molestias.

Si experimenta durante la investigación algún tipo de molestia puede notificarlo a los miembros del equipo de investigación y puede explicarle el tipo de molestia que manifiesta.

Beneficios.

Compartir con los investigadores su experiencia sin miedo a ser juzgados. Contar con una evaluación de las habilidades de interacción comunicación, más específica y poder

brindarle un tratamiento de terapia ocupacional encaminado a suplir las dificultades en este proceso.

Incentivos.

- Durante el periodo de la investigación no se otorgará ningún tipo de incentivo por tomar parte de dicha investigación.
- No compartiremos la identidad de aquellos usuarios que participen en la investigación.
- La información que se recoja durante la investigación se mantendrá confidencial.
- La información que brinde acerca de usted, no será expuesta a los demás, salvo a los investigadores.
- Cualquier información acerca de usted, se adjudicará un número en lugar de su nombre, solamente los investigadores sabrán su número y se mantendrá la información confidencial.
- Dicha información no será compartida con nadie.

Compartiendo los Resultados.

No se compartirá información confidencial. Solamente se compartirá los resultados para que otras personas puedan aprender de la investigación desarrollada.

Derecho a Negarse o Retirarse.

Si usted no lo desea, no tiene porqué tomar parte de dicha investigación, será su elección y todos sus derechos serán respetados como tal. Y el negarse a participar no le afectará en ningún momento.

A Quien contactar.

Si tiene cualquier duda o pregunta puede hacerlo a cualquier miembro del grupo investigador ya sea en el momento, durante o después de iniciado el estudio.

PARTE II

Se me ha informado que esta investigación se centra en determinar las Habilidades de interacción - comunicación en el desempeño ocupacional de los pacientes infectados con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana del Hogar Reina de la Paz.

He sido invitado/a a participar en la investigación antes mencionada.

Entiendo que solo me harán una serie de preguntas las cuales se enfocarán en la función ocupacional, funciones mentales, participación social en sus diferentes ámbitos y las habilidades de desempeño, la demás información que se requiera se hará por medio de instrumentos tales como entrevista y guía de observación.

He leído/ o se me ha leído la información proporcionada, he tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento.

Nombre del participante	
Firma del participante	

Nombre del representante legal	
Firma del representante legal	

Nombre de los investigadores	
Firma de los investigadores	
Fecha	

ANEXO N°2

LISTADO DE ROLES.

Guía de entrevista.

Indicaciones: El entrevistador será el encargado de llenar cada casilla, indicando con una “X” el rol que desempeña, el valor asignado y cual rol se le dificulta mas.

Nombre: _____ **Numero de instrumento:** _____

Edad: _____ **Fecha:** _____ **Sexo:** _____ **Está Ud. Jubilado:** _____

Estado civil: Soltero: ____ Casado: ____ Separado: ____ Divorciado: ____ Viudo: ____

Rol	Cuando lo realiza			Que relevancia tiene (valor asignado)		Cual se le dificulta	
	Pasado	Presente	Futuro	Poco	Mucho	Si	No
Estudiante							
Trabajador							
Voluntario							
Cuidador							
Ama (o) de casa							
Padre/Madre de familia							
Amigo /a							
Hermano /a							
Hijo/a							
Esposa/o							
Miembro de familia							
Miembro Activo de grupo religioso/político/cultural							
Aficionado							
Participante en organizaciones							
Otros:							
Comentarios:							

Oakley KyB. listado de roles; 1985(14).

Escala de puntuación de las 4 categorías:

F	4 puntos	Facilita la participación ocupacional.
P	3 puntos	Permite la participación ocupacional.
R	2 puntos	Restringe la participación ocupacional.
I	1 punto	Inhibe la participación ocupacional.

El resultado que se obtendrá de cada una de las categorías que posee el instrumento estableciendo el puntaje más alto de 4 puntos y el más bajo de 1 punto cada una de las preguntas del instrumento se irá sumando hasta establecer un total de 160 puntos donde se facilitara la participación.

Escala de puntuación total:

De 73–96 puntos, el paciente facilitara la participación ocupacional.

De 49 - 72 puntos, el paciente permitirá la participación ocupacional.

De 25 - 48 puntos, el paciente restringirá la participación ocupacional.

De 0 – 24 puntos, el paciente inhibirá la participación ocupacional.

Análisis de fortalezas y limitaciones.

S. Parkinson KFGK. manual del usuario del perfil ocupacional inicial del modelo de ocupacion humana(MOHOST). 2nd ed. chicao; 2004(13).

REGISTRO DE PUNTUACION DE MOHOST

MOTIVACION DE LA OCUPACION		
Apreciación de habilidades Evalúa habilidades Creencia en habilidades Sentido de Capacidad	F P R I	Evalúa en forma realista la propia capacidad, reconoce fortalezas y se da cuenta de limitaciones. Tendencia razonable a sobre/subestimar habilidades personales, reconoce algunas limitaciones. Dificultad en comprensión de fortalezas y limitaciones si no se le apoya. No puede reflexionar sobre habilidades, limitaciones, incapaz de apreciar habilidades propias. Comentarios:
Expectativas de Éxito Sentido de eficacia Sentido de control Esperanza Optimismo	F P R I	Anticipa éxito, busca desafíos, positivo en relación a sobrepasar obstáculos. Tiene alguna esperanza de éxito, confianza adecuada, pero tiene algunas dudas (podría necesitar aliento) Dificultad en mantener la confianza para superar las limitaciones/obstáculos bajo sentido de eficacia (requiere apoyo) Pesimista, desesperanzado, o altamente sobrevalorado, se da por vencido ante las dificultades, ausencia de control personal. Comentarios:
Intereses Goce expresado Satisfacción Curiosidad Participación.	F P R I	Agudo, curioso, intenta nuevas actividades, expresa placer, persevera, se muestra contento. Presenta intereses adecuados que guían sus elecciones Dificultad en la identificación de intereses, el interés no prevalece, ambivalente en la elección de la actividad. Se aburre fácilmente, incapaz de identificar intereses, apático, ausencia de curiosidad Comentarios:
Elecciones Disposiciones Intereses y metas Sentido de compromiso Propósito	F P R I	Preferencias y valores claros, motivado a establecer y trabajar en metas ocupacionales, los objetivos son congruentes con fortalezas y limitaciones. La mayoría de las veces se muestra capaz de tomar decisiones. Puede necesitar apoyo para establecer y trabajar en sus metas. Tiene dificultad para identificar lo que es importante o establecer y trabajar en metas personales, inconsistente. No puede establecer metas, impulsivo, caótico, o falta de compromiso con las metas, o las metas son inalcanzables o basadas en valores antisociales.

PATRON DE OCUPACION		
Rutina Equilibrio Estructura Productividad Actividad	F P R I	Habilidad para organizar una rutina equilibrada que apoya responsabilidades y metas (Estable) Generalmente capaz de seguir una rutina organizada y productiva. Dificultad para organizar rutinas equilibradas de actividades productivas y de actividades diarias que cumplan con las responsabilidades de las metas ocupacionales (requiere apoyo) Rutina caótica o vacía que no apoya responsabilidades y metas (errática/desequilibrada) Comentarios:
Adaptabilidad Anticipación al cambio Flexibilidad Respuesta al cambio Tolerancia al cambio	F P R I	Anticipa el cambio, cambia acciones y rutina para cumplir con demandas (flexible) Generalmente capaz de cambiar acciones, puede necesitar tiempo para acomodarse, dudoso. Dificultad para adaptarse al cambio, pasivo, o sobre reacciona al cambio. Rígido, incapaz de adaptar rutinas o tolerar el cambio. Comentarios:
Roles Participación Pertenencia Respuesta a las demandas Variedad de roles	F P R I	Tiene un sentido de identidad que emana de una variedad de roles, está comprometido con sus roles y es compatible con ellos Generalmente se identifica con uno o más roles y tiene algún sentido de pertenencia con ellos Identificación con roles limitada, conflicto o superposición de roles, bajo sentido de pertenencia No se identifica con ningún rol, presenta negligencia ante las demandas de los roles, no hay sentido de pertenencia

Responsabilidad Reconocimiento de responsabilidades Manejo de expectativas Cumplimiento de obligaciones Aceptación	F P R I	Asume responsabilidades con voluntad, cumple con expectativas (confiable) Se adapta a la mayoría de las responsabilidades, cumple con la mayoría de las expectativas, capaz de completar la mayoría de las obligaciones Dificultad en ser capaz de cumplir con expectativas y completar las obligaciones del rol si no cuenta con apoyo Incapaz de cumplir con las demandas o actividades del rol
HABILIDADES DE INTERACCION COMUNICACION		
Habilidades no verbales Corporalidad Contacto visual Gesticulación Orientación	F P R I	Lenguaje corporal apropiado (posiblemente espontaneo) dada la cultura y las circunstancias. Generalmente capaz de expresar y controlar el lenguaje corporal Dificultad en controlar/expresar lenguaje corporal apropiado (atrasado/limitado/desinhibido) Incapaz de expresar lenguaje corporal apropiado (Ausente/ incongruente/ violento) Comentarios:
Conversación Abrirse Iniciar Mantener Contenido lenguaje	F P R I	Inicia, se abre a otros y mantiene conversación (claro, directo, abierto) Generalmente capaz de intercambiar información a través del uso del lenguaje/ signos en forma efectiva Dificultad en iniciar, abrirse a otros o en mantener conversación (dudoso/abrupto/irrelevante) No se comunica, disgregado, comparte información bizarra o inapropiada. Comentarios:
Expresión verbal Entonación Articulación Volumen Velocidad Relaciones. Cooperación Colaboración Acogida Respeto	F P R I F P R I	Asertivo, articula, usa tono, volumen y velocidad apropiada. Expresión verbal es por lo general apropiado en tono, volumen y velocidad. Dificultad al expresarse (confuso/discurso apresurado/monótono) Incapaz de expresarse (incomprensible/ volumen demasiado fuerte o bajo) Comentarios. Sociable, colaborador, atento a los demás, mantiene participación, amistoso, se relaciona bien con otros Generalmente capaz de relacionarse con otros, y la mayoría del tiempo se muestra atento a las necesidades de otros Dificultad en colaborar, o establece pocas relaciones positivas con otros (tímido, inapropiado, distraído) Incapaz de colaborar con otros y de establecer relaciones positivas con los demás

HABILIDADES DE PROCESAMIENTO		
Conocimiento Buscar y retener información Saber qué hacer en la actividad Saber cómo utilizar objetos	F	Busca y retiene información relevante, selecciona herramientas/objetos apropiadamente, muestra comprensión de las tareas y del uso de los objetos.
	P	Generalmente busca y retiene información, selecciona objetos apropiadamente, muestra comprensión de las tareas y del uso de los objetos
	R	Demuestra dificultad en seleccionar y usar herramientas/objetos, dificultad en retener información y buscarla cuando es necesario (olvidadizo, confundido, con dificultad de darse cuenta en las circunstancias)
	I	Incapaz de usar conocimiento/objetos, desorientado, no retiene información preguntando siempre lo mismo.
Temporalidad Iniciación. Compleción. Secuencia Concentración.	F	Mantiene la concentración, comienza secuencias y completa las actividades en el tiempo apropiado.
	P	Generalmente mantiene la concentración, comienza secuencias y completa las actividades en el tiempo apropiado.
	R	Fluctuación de concentración, dificultad para iniciar, secuenciar y completar actividades.
	I	Incapaz de concentrarse, de iniciar, secuenciar o completar actividades.
Organización Distribución de espacio y objetos Orden Preparación	F	Busca, reúne y devuelve a su lugar herramientas/objetos necesarios para la actividad en forma eficiente (organizado).
	P	Generalmente busca, reúne y devuelve a su lugar herramientas/objetos necesarios para la actividad.
	R	Demuestra dificultad en buscar, reunir y devolver a su lugar herramientas/objetos, se observa desorganizado.
	I	Incapaz de buscar, reunir y devolver a su lugar herramientas/objetos (caótico).
Resolución de problemas Juicio Adaptación Toma de decisiones Reacción	F	Muestra buen juicio, anticipa dificultades y genera soluciones posibles de llevar acabo (racional)
	P	Generalmente toma decisiones basadas en las dificultades que aparecen
	R	Demuestra dificultad en anticipar y adaptarse a las dificultades que aparecen, confuso/busca reafirmación
	I	Incapaz de anticipar y adaptarse a las dificultades que aparecen, toma decisiones inapropiadas a la situación

HABILIDADES MOTORAS		
Postura y movilidad Estabiliza Camina Alinea Alcanza Posiciona Se dobla Equilibra Se traslada	F P R I	Estabilizado, recto, flexible, movimiento fluido para la realización de la actividad (posiblemente ágil) Generalmente capaz de mantener la postura y movilidad en la actividad en forma independiente o con ayudas técnicas Algunas veces se muestra inestable a pesar de las ayudas técnicas, lento o se desenvuelve con dificultad Inestable, incapaz de alcanzar objetos, de doblarse o caminar
Coordinación Manipulación Movimiento fácil Fluidez Habilidades motoras finas	F P R I	Coordina partes del cuerpo entre ellas, usa movimientos suaves, fluidos (muestra destreza) Demuestra algo de rigidez, o destreza dudosa que algunas veces causa interrupciones en la actividad Demuestra dificultad en coordinar movimiento, manipular, y usar movimientos fluidos (torpe/tembloroso/rígido) Incapaz de coordinar, manipular, usar movimientos fluidos.
Fuerza y Esfuerzo Agarrar Transportar Mover Calibrar Coger/tomar objetos	F P R I	Agarra, mueve y transporta objetos en forma segura con fuerza y velocidad apropiada (se observa fuerte) Las habilidades de fuerza y esfuerzo son generalmente suficientes para la mayoría de las tareas. Demuestra dificultad para agarrar, mover transportar objetos con la fuerza velocidad apropiada. Incapaz de agarrar, mover, transportar objetos con la fuerza y velocidad apropiada (débil, frágil)
Energía Resistencia Atención Tiempo de ejecución (ritmo)	F P R I	Mantiene niveles apropiados de energía capaz de mantener tiempo y velocidad de ejecución durante la actividad Demuestra energía un poco alta o baja, capaz de mantener tiempo y velocidad de ejecución durante la ejecución de la mayoría de las tareas Demuestra dificultad en mantener energía (se cansa fácil/evidencia de fatiga/fácil de distraer/inquieto) Incapaz de mantener energía, fala de concentración, aletargado, inactivo o hiperactivo

AMBIENTE		
Espacio físico Hogar y vecindario Lugares de trabajo/educación y esparcimiento Privacidad y accesibilidad Estimulación y comodidad	F	Favorece amplia gama de oportunidades, apoya y estimula participación en ocupaciones valoradas
	P	El espacio físico, en su mayoría es adecuado, y permite la participación en ocupaciones valoradas
	R	El espacio físico ofrece oportunidades limitadas y restringe el desempeño en ocupaciones valoradas
	I	No ofrece oportunidades e inhibe el desempeño de ocupaciones valoradas
Recursos físicos Finanzas Equipamiento/objetos y herramientas Posesiones y transporte Seguridad e independencia	F	Permiten que las metas ocupacionales se logren de forma segura, fácil e independientemente
	P	Tienen un impacto cuestionable en la habilidad para lograr las metas ocupacionales
	R	Limita la habilidad para alcanzar las metas ocupacionales en forma segura, fácil e independiente
	I	Tienen un gran impacto negativo en la habilidad para alcanzar las metas ocupacionales, conduce altos riesgos
Grupos sociales Dinámica familiar Amigos y apoyo social Clima laboral Expectativas y participación	F	Ofrecen soporte práctico, los valores y actitudes apoyan al funcionamiento óptimo
	P	Generalmente los grupos sociales ofrecen apoyo práctico, sin embargo pueden tener mucha o poca participación
	R	Ofrecen apoyo reducido, o interfieren con el funcionamiento, apoyado por algunos grupos pero no por otros
	I	No apoyan el funcionamiento dado a la falta de interés o a la participación inapropiada
Demandas Ocupacionales Demandas de las actividades sociales y de esparcimiento Actividades de la vida diaria, trabajo y responsabilidades domésticas Convicciones culturales Complejidad de las tareas	F	Compatibilizan bien con las habilidades, intereses, energía y tiempo disponible
	P	Generalmente las demandas compatibilizan con las habilidades, intereses, energía o tiempo disponible
	R	Algunas inconsistencias claras entre las demandas y las habilidades, intereses, o energía y tiempo disponible
	I	Las demandas, en su mayoría, no son compatibles con las habilidades y motivación, energía y tiempo disponibles, poco o sobre demandantes

ANEXO N°4

EVALUACION DEL CIF FUNCIONES CORPORALES (b), CAPITULO 1 FUNCIONES MENTALES: GLOBALES b126 y b130; ESPECIFICAS: b152 **Guía de observación.**

Indicaciones: Este instrumento será llenado por parte del estudiante (observador) al mismo tiempo que el paciente esté realizando una actividad en el ambiente en el que reside, deberá colocar una “X” en la casilla del indicador que se elija de acuerdo a lo observado.

Nombre del Paciente			Numero de Instrumento						
EVALUACION DEL CIF FUNCIONES CORPORALES b									
1r nivel	Capitulo 1 Funciones Mentales								
2 nivel - 3 nivel y 4 nivel de clasificación			Primer calificador						
			0 noD	1 DL	2 DM	3 DG	4 DC	8 SE	9 NA
Funciones mentales globales (b110-b139)	b126 Funciones del temperamento y la personalidad	b1260 Extroversión							
		b1261 Amabilidad							
		b1262 Responsabilidad							
		b1263 Estabilidad psíquica							
		b1264 Disposición a vivir nuevas experiencias							
		b1265 Optimismo							
		b1266 Confianza							
		b1267 Ser digno de confianza							
		b1268 Funciones del temperamento y la personalidad, otras especificadas							
	b1269 Funciones del temperamento y la personalidad, no especificadas								
	b130 Funciones relacionadas con la energía y los impulsos	b1300 Nivel de energía							
		b1301 Motivación							
		b1302 Apetito							
		b1303 Ansia ("Craving")							
		b1304 Control de los impulsos							
b1308 Funciones relacionadas con la energía y los impulsos, otras especificadas									
b1309 Funciones relacionadas con la energía y los impulsos, no especificadas									
Funciones mentales específicas (b140-b189)	b152 Funciones emocionales	b1520 Adecuación de la emoción							
		b1521 Regulación de la emoción							
		b1522 Rango de la emoción							
		b1528 Funciones emocionales, otras especificadas							
		b1529 Funciones emocionales, no especificadas							

Calificadores:

0No existe deficiencia.

1Deficiencia LEVE.

2 Deficiencia MODERADA.

3Deficiencia GRAVE.

4 Deficiencia COMPLETA.

8no especificada.

9 no aplicable.

Salud OMdl. CIF clasificacion internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud(16).

ANEXO N°5

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN (CIF). Guía de observación.

Indicaciones: El investigador observara al paciente en tres momentos: durante la terapia, al realizar una actividad y a la hora del almuerzo, se utilizara una escala del 1 al 4 para indicar el desempeño que el paciente tiene en las habilidades de comunicación interacción, si se tiene duda al asignar un valor, se deberá referir al listado más detallado de cada aspecto a evaluar.

Nombre del paciente:				Numero de instrumento:	
Situación Observacional	Terapia	Actividad	Almuerzo	Comentarios	
Dominio Físico					
Se contacta				Establece contacto físico con otros	
Contempla				Usa los ojos para comunicar e interactuar con otros.	
Gesticula				Usa movimientos del cuerpo para indicar, demostrar y dar énfasis.	
Maniobra				Mueve el propio cuerpo con relación a otros.	
Se orienta				Dirige su cabeza en relación a otros y / o las tareas.	
Posiciona				Asume posiciones físicas	
Intercambio de Comunicación					
Articula				Produce un discurso claro y entendible.	
Es asertivo				Es asertivo en lugar de asertivo	
Pregunta				Requiere información basada en hechos o información personal.	
Se involucra				Inicia Interacciones	
Se expresa				Despliega afecto / actitud	
Modula				Emplea volumen e inflexiones de la voz.	
Comparte				Descubre información basada en hechos o información personal.	
Habla				Se hace entender por medio del uso de palabras, frases, sentencias	
Sostiene				Mantiene el discurso con apropiada duración.	
Relaciones					
Colabora				Mantiene el discurso con apropiada duración.	
Cumple				Sigue las normas sociales implícitas y explícitas.	
Se centra				Dirige la conversación y el comportamiento hacia la acción social actual.	
Se relaciona				Asume una manera de actuar que intenta establecer una comunicación con otros.	
Respeto				Se acomoda a las reacciones y requerimientos de otros.	
Clave de evaluación: 4=Competente 3= dudoso 2= Ineficaz 1= Déficit					

Kirsty Forsyth M. Manual del Usuario del EVALUACIÓN DE LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN (ACIS). 4th ed. chicago; 1998(15).

VALORACIÓN DE LAS HABILIDADES DE COMUNICACIÓN E INTERACCIÓN (ACIS).

Componente 1. Dominio Físico	
SE CONTACTA: Establece contacto físico con otros. Implica que la persona está en conocimiento de señales de otros considerando su comodidad al ser tocados. Incluye recepción / reciprocidad del tocar. Considera el mal uso y / o la falta de contacto físico. (Nota: si maniobra cerca y esto incluye contacto físico es también evaluado bajo Maniobra).	4= Se contacta inmediata y consistentemente lo cual sostiene la acción social. - Uso o ausencia de contacto el cuál es apropiado al contexto y promueve la acción social (por ejemplo; tocar apropiadamente el brazo de alguien para llamar la atención) - Abrazar entre compañeros, sacudir la mano al despedirse.) - Discrimina con quienes se contacta y la frecuencia del contacto en la medida que el contacto mantenga su significado.
	3= Habilidad cuestionable para establecer contacto, no obstante, no existe una interferencia en la acción social en curso. - El observador cuestiona lo apropiado del contacto. - Posiblemente se contacta muy largo o demasiado breve para el contexto. - El observador cuestiona la discriminación y, por lo tanto, el significado del contacto.
	2= Habilidad inefectiva para establecer contacto la cual influye sobre el curso de la acción social. - Dificultad con y / o demora en el contacto impiden el curso de la acción social: (por ejemplo, omitir el saludo con la mano cuando podría ser apropiado.) - Contacto puede ser apropiado pero es muy prolongado (por ejemplo, largas sacudidas de mano al despedirse.) o demasiado breves, sin embargo, no producen un quiebre en la interacción social en curso.
	1= Déficit en la habilidad para establecer contacto produciendo una omisión inaceptable o quiebre en la acción social. - No hace uso / rechaza el uso del contacto físico cuando es apropiadamente hecho o iniciado. - Golpea a otros, demuestra comportamientos de ataque o de agresión. - produce dolor a otros, tiene una reacción negativa: (por ejemplo, apretando con fuerza la mano de alguien) - El uso de contacto viola las normas del contexto: (por ejemplo, abrazando a todos en una sola cuando son extraños y la situación no es una en que las personas comúnmente se abracen) - Reacciona inadecuadamente al contacto - El contacto es demasiado prolongado requiriendo que el compañero social rechace el contacto o pregunte para que este sea terminado.

<p>CONTEMPLA: Usa los ojos para comunicar e interactuar con otros. Incluye el contacto visual: (por ejemplo, mirar a la distancia o fijar la vista). (Nota: rota la cabeza para contemplar a alguien o rotar la cabeza apropiadamente para terminar de contemplar es también evaluado bajo el verbo se orienta).</p>	<p>4= Contempla inmediata y consistentemente lo cual sostiene la acción social en curso</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hace buen contacto visual mirando apropiadamente a la otra persona. - Mantiene apropiado contacto visual con otras personas para la duración de la interacción.
	<p>3= Habilidad cuestionable para contemplar, no obstante, no hay una interrupción de la acción social en curso.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El observador cuestiona lo apropiado del contemplar. - Posible duración inapropiada al contemplar.
	<p>2= Habilidad inefectiva para contemplar la cual influye sobre el curso de la acción social</p> <ul style="list-style-type: none"> - Realiza un contacto visual mínimo/espórádico; puede evitar el contacto visual de otras personas - Realiza un intento inapropiado de contacto visual: (por ejemplo: no pestañea, mira fijo) por un breve periodo. - Realiza contacto visual pero parece estar viendo en blanco/o ser vago. - Tiene dificultad para mantener el contacto visual
	<p>1= Déficit en la habilidad para contemplar produciendo una omisión inaceptable o quiebre en la acción social.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mira fijo en forma inapropiada o realiza contacto visual intenso, no hay contacto visual durante la interacción, puede bajar la cabeza o mirar lejos - Contacto visual esporádico inapropiado el cual produce un quiebre en la acción social. - Intervención requerida del terapeuta o de el /los compañero(s) social(es) parar e enfocar/terminar un contemplar inapropiado del cliente (por ejemplo: un contemplar altamente distraído – mira sobre los hombros del compañero.
<p>GESTICULA: “Usa movimientos del cuerpo para indicar, demostrar o dar énfasis”. Se refiere al uso, mal uso o ausencia de comunicación no verbal para calificar, enfatizar y/o reemplazar el mensaje verbal. Incluye movimientos de manos (ejemplo.: se pueden usar para indicar localización o dirección como también para “señalar” o “seleccionar”; saludar con la mano, o empuñar).</p>	<p>4 = Inmediata y consistentemente gesticula, lo que apoya la continuidad de la acción social</p> <ul style="list-style-type: none"> - La gesticulación apoya y mejora la comunicación - Cantidad y variedad apropiada al contexto
	<p>3 = Habilidad de gesticulación cuestionable; sin embargo, no interfiere la continuidad de la acción social</p> <ul style="list-style-type: none"> - El observador cuestiona la congruencia del habla - El observador cuestiona la cantidad para el contexto - El observador cuestiona la efectividad de la gesticulación
	<p>2 = Habilidad de gesticulación inefectiva, la cual interfiere la continuidad de la acción social</p> <ul style="list-style-type: none"> - Las gesticulaciones son incongruentes con el habla, causando un retraso en la acción social (ejemplo: gesticulaciones que no están conectadas al mensaje, producen distracción) - Cantidad (ejemplo.: aparece demasiada gesticulación) y variedad inapropiada para el contexto (ejemplo.: gesticulación inadecuadamente repetitiva)

También puede incluir gesticulación inapropiada como los gestos obscenos.	<ul style="list-style-type: none"> - Ausencia de gesticulación que retrasa la acción social (ejemplo: conduce a confusión) - Gesticulación inefectiva que conduce a los interlocutores a adivinar la información; por lo tanto, causando un retraso en la acción social.
	<p>1 = Déficit en la gesticulación, ocasionando un retraso o quiebre inaceptable en la acción social</p> <ul style="list-style-type: none"> - incongruencia con habla (ejemplo: apuntar a un objetivo mientras se conversa otra cosa, causando un daño inaceptable en la acción social) - no produce gesticulación - gesticulaciones inefectivas (ejemplo: la gesticulación puede no ser fluida debido a un tono muscular elevado) - la gesticulación constituye una amenaza para la seguridad de los otros miembros del grupo, expresar como obscenidad o insulto - ausencia de gesticulación que causa un quiebre (ejemplo: inhabilidad para describir verbalmente la localización efectiva de un objeto, no apoya la descripción verbal con una gesticulación necesaria porque el interlocutor no puede entender) - requiere intervención del terapeuta para apoyar la carencia de gesticulación apropiada.
MANIOBRA: Mover el cuerpo de uno en relación a otros. Implica el darse cuenta del movimiento coordinado de todo el cuerpo en relación al de otros. Incluye ajustar la distancia entre sí mismo y los otros. Implica que la persona actúa según señales de los otros acerca de “zonas cómodas”, mientras está parado, caminando o bailando durante la interacción. (Si al maniobrar lo acerca a otras personas, incluye contacto físico; además se registra bajo el verbo “se contacta”)	<p>4 = Inmediata y consistentemente maniobra, lo que apoya la continuidad de la acción social</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se sienta entre los miembros moviendo su cuerpo mostrando total conocimiento de las “zonas cómodas” de los otros - ajusta apropiadamente la distancia entre sí mismo y los otros. <p>3 = Habilidad de maniobrar cuestionable; sin embargo, no interfiere la continuidad de la acción social.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El observador cuestiona la adecuación del movimiento corporal. - Posiblemente se posiciona muy lejos o muy cerca del otro. <p>2 = Habilidad de maniobrar inefectiva, lo que interfiere la continuidad de la acción social.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inicialmente se sienta aparte y pone una barrera/vacío entre sí y las personas del grupo/la otra persona, lo que hace la interacción más dificultosa. Eventualmente se integra al grupo. - Se posiciona muy cerca de la otra persona o la invade, interfiriendo la acción social. - La persona requiere usar asistencia para caminar o silla de ruedas - Inicialmente sentado en el grupo; sin embargo, no se mueve cuando el grupo se mueve - Se mueve inadecuadamente dentro de interacciones diádicas lo que ocasiona retraso en la comunicación <p>1 = Déficit en la habilidad de maniobrar lo que ocasiona un daño inaceptable o quiebre en la acción social</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Se sienta aparte del grupo y requiere intervención del terapeuta o pares para volver al grupo. - Se posiciona a sí mismo muy cerca o lejos de las otras personas lo que ocasiona quiebre de la acción social. - Se mueve inadecuadamente dentro de pequeñas interacciones diádicas lo que ocasiona quiebre de la acción social. - Puede requerir intervención del terapeuta o compañeros.
SE ORIENTA: Gira su cabeza en relación a otros y/o formas ocupacionales comunes (actividades comunes). (Nota: usar los ojos para comunicar se registra bajo el verbo “contempla”)	4 = Inmediata y consistentemente se orienta a la interacción social. - Gira hacia o se aleja apropiadamente cuando habla o cuando alguien más está hablando (ejemplo: vuelve brevemente cuando está en desacuerdo). - Apropiadamente alterna orientación entre hablar directamente a la gente o a un objeto/evento
	3= Habilidad de orientarse cuestionable; sin embargo, no interfiere la continuidad de la acción social. - el observador cuestiona si la orientación es apropiada. - posible carencia o alteraciones leves en orientación.
	2= Habilidad de orientación inefectiva, que interfiere en la continuidad de la acción social. - dificultad para girar hacia/alejarse apropiadamente ocasionando retraso en la acción social. - dañada habilidad para cambiar la orientación desde un objeto/evento a persona o desde persona a persona. - dificultad para mantener la orientación.
	1 = Déficit en la habilidad de orientación ocasionando un retraso o quiebre inaceptable en la acción social. - no gira /aleja apropiadamente - no alterna la orientación con el consiguiente quiebre en la acción social, requiriendo intervención del terapeuta o pares sociales
SE POSICIONA: Asume posiciones físicas. Se refiere al uso del lenguaje corporal (excluye Expresiones faciales y gestos) para acompañar mensajes no verbales. Incluye la preparación de las partes del cuerpo en relación a cada uno y la interacción. Incluye también la colocación del cuerpo en o sobre los objetos, tales como:	4 = Inmediata y consistentemente se posiciona lo que apoya la continuidad de la acción social - Se posiciona apropiadamente al contexto. - Cambia la postura en forma espontánea y apropiadamente.
	3 = Habilidad para asumir posturas cuestionable; sin embargo, no interfiere la continuidad de la acción social. - Posible demora en la interacción social debido a la postura. -El observador cuestiona comportamientos que podrían interpretarse como sugerencias sexuales.
	2 = Habilidad para posicionarse inefectiva, lo que interfiere la continuidad de la acción social. - Dificultad para cambiar de posturas apropiadamente (ej.: postura rígida). - Dificultad para asumir una postura apropiada a la situación (ej.: muy formal, con los brazos siempre cruzados al pecho; o muy

<p>colocar los pies sobre la mesa; acurrucarse en la silla, apoyar la cabeza sobre el escritorio durante una charla. Incluye si las posiciones son propias a las formas o contextos ocupacionales. (Nota: las expresiones faciales están registradas bajo el verbo “se expresa”; girar la cabeza para alejarlo/dirigirlo hacia la persona y/o forma ocupacional (actividad) se registra bajo el verbo “se orienta”)</p>	<p>informal, echado en la silla). - habilidad limitada para posicionarse discretamente.</p> <p>1 = Déficit en la habilidad de posicionarse ocasionando un daño o quiebre inaceptable en la continuidad de la acción social - No asume apropiadamente postura para apoyar la interacción social (ej.: la cara apoyada mirando la mesa y /o brazos cruzados sobre la mesa). - La posición es inapropiada a la situación por lo que la persona aparece no acogedora o evitar, lo que ocasiona un daño inaceptable o intervención del terapeuta. - Se posiciona en una forma no segura que distrae o causa quiebre de la continuidad de la acción social. - se posiciona de una forma que es sexualmente sugerente, pudiendo exponer partes privadas del cuerpo.</p>
---	--

Componente 2. Intercambio De Comunicación	
<p>ARTICULA: Produce un lenguaje claro y entendible, libre de difamaciones, ruidos poco definidos, murmullos, dialecto / acento no familiar, incapacidad de articular la lengua y otros factores que impiden entender las palabras que se dicen. (Nota: tartamudear se registra bajo el verbo “sostiene”; contenido entendible el habla se registra bajo el verbo “habla”)</p>	<p>4 = Inmediata y consistentemente articula lo m que apoya la continuidad de la acción social. - usa una pronunciación clara y concisa, todas las palabras son entendidas.</p> <p>3 = Habilidad de articular cuestionable; sin embargo, no interfiere la continuidad de la acción social. - El observador cuestiona la claridad del habla.</p> <p>2 = Habilidad para articular inefectiva, lo que interfiere la continuidad de la acción social. - Levemente, difama o masculle por lo que algunas palabras no son entendidas o solamente se le entiende si el interlocutor atiende cuidadosamente. - Palabras no claras (accento no familiar).</p> <p>1 = Déficit en la habilidad para articular ocasionando un daño o quiebre inaceptable de la continuidad de la acción social. - murmura o difama por lo que la mayoría de las palabras no son entendidas. - Usa aproximaciones a palabras (ejemplo: sonidos cortos hablados en intento /sustituto de una palabra completa). - La mayoría de las palabras no se entienden, requiere la intervención del terapeuta o compañeros para clarificar palabras. - Dificultad al entender palabras por lo que los compañeros abandonan la conversación ocasionando un quiebre en la acción social. - No habla.</p>

ES ASERTIVO: Expresa directamente deseos, negativas y solicitudes. Se refiere a expresar activa y específicamente deseos/ necesidades; de tal manera que se deja claro lo que otros necesitan hacer para satisfacer esos deseos o necesidades. Incluye rechazar solicitudes de otros en una forma positiva y solicitar a otros en forma apropiada. (Nota: contar información personal u objetiva, se puede registrar también bajo el verbo “comparte”)	4 = Inmediata y consistentemente asevera lo que apoya la continuidad de la acción social. - Activamente usa un acercamiento firme y directo con otros - Habla con completa seguridad. - Rechaza solicitudes de otros en forma positiva.
	3 = Habilidad para aseverar cuestionable; sin embargo, no interfiere la continuidad de la acción social. - El observador cuestiona acercamiento con otros. - Posiblemente puede hablar sin seguridad.
	2 = Habilidad para aseverar inefectiva, lo que interfiere la continuidad de la acción social. - Parece posponer, ser tartamudo, interrumpir a otros. - tener dificultad para abogar por sí mismo. - Hablar con alguna confianza, pero además con alguna duda. - Usa acercamiento indirecto con otros, lo que ocasiona daño en la acción social. - Solicita sin ser específico, lo que ocasiona daño en la situación social
	1 = Déficit en la habilidad de ser asertivo ocasionando un daño o quiebre inaceptable en la acción social - Es inactivo en satisfacer propias necesidades (pasivo) y/o sumiso. - Presiona viola los derechos de otros (agresivo) y/o intenta dominar, ser Manipulador. - Usa un acercamiento indirecto con otros que es inefectivo y requiere intervención del terapeuta o compañeros. - Solicita sin ser específico ocasionando un retraso o quiebre inaceptable en la acción social. - No da a conocer necesidades, puede requerir intervención del terapeuta o compañeros para apoyar carencia de habilidades. - No rechaza hacer actividades, pero no las realiza.
PREGUNTA: Solicita información objetiva o personal relevante a una forma ocupacional común (actividad) y/o interacción social. Incluye solicitar información para completar una tarea (localizar un objeto, o situaciones o deseos de otros relacionados a una forma ocupacional, ejemplo: ¿deseas hacerlo primero?, ¿estabas planificando usar el martillo?).	4 = Inmediata y consistentemente pregunta, lo que apoya la continuidad de la acción social. - Pide información, sugerencias, clarificaciones o explicaciones, haciendo preguntas pertinentes. - Realiza un número de preguntas en forma apropiadas a la situación (ni muchas, ni muy pocas).
	3 = Habilidad para preguntar cuestionable; sin embargo, no interfiere la continuidad de la acción social. - El observador cuestiona la relevancia de las preguntas. - Posible uso inapropiado de la cantidad de preguntas.
	2 = Habilidad para preguntar inefectiva, lo que interfiere la continuidad de la acción social. - Busca información, haciendo preguntas que parecen irrelevantes, lo que interfiere la acción social. - Parece preguntar en forma innecesaria, “sólo por hablar”. - Demora o duda al preguntar, o presenta dificultad en formular

Se refiere a preguntar por asistencia, permiso, orientación, opiniones, sugerencias y explicaciones o clarificación relevante a la forma ocupacional o interacción social.	preguntas en forma correcta
	<p>1 = Déficit en la habilidad de preguntar ocasionando un daño inaceptable o quiebre de la acción social</p> <ul style="list-style-type: none"> - monopoliza e interfiere el proceso de interacción al hacer demasiadas preguntas - no pregunta aún cuando la situación lo requiera - puede requerir intervención del terapeuta o compañeros
SE INVOLUCRA: Inicia interacción. Incluye los comportamientos al inicio y durante la interacción	<p>4 = Inmediata y consistentemente se involucra, lo que apoya la continuidad de la acción social.</p> <ul style="list-style-type: none"> - pone atención suficiente al iniciar la interacción (espera el momento oportuno para interrumpir).
	<p>3 = Habilidad de involucrarse cuestionable; sin embargo, no interfiere la continuidad de la acción social.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El observador cuestiona las estrategias que utiliza para involucrarse con otros.
	<p>2 = Habilidad para involucrarse inefectiva, lo que interfiere en la continuidad de la acción social.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tiene dificultades para iniciar la interacción. - Intenta llamar la atención al iniciar la interacción, pero lo hace muy inadecuadamente o con duda. - Hace varios intentos por llamar la atención de una manera inapropiada, antes de lograrlo.
	<p>1 = Déficit en la habilidad de involucrarse, ocasionando un retraso o quiebre inaceptable de la acción social.</p> <ul style="list-style-type: none"> - No inicia y no logra involucrarse y requiere intervención del terapeuta o de los compañeros. - Intenta atención de una forma no apropiada a la situación (ejemplo: gritando) y ocasiona un quiebre de la acción social. - Demuestra aislamiento o comportamiento retraído. - Inicia en un principio para luego quedarse callado, necesitando intervención de terapeuta y/o compañeros.
SE EXPRESA: Manifiesta afecto/actitudes que son apropiadas y/o contribuyen a la forma ocupacional y contexto social. Se refiere al tipo y rango de afecto expresado. Implica que la persona es capaz de expresar afecto (seriedad, humor) en forma apropiada al contexto social requerido por una forma ocupacional.	<p>4 = Inmediata y consistentemente expresa, lo que apoya la continuidad de la acción social.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Demuestra un rango de afecto (muestra una variedad de emociones en contextos particulares). - El afecto es congruente a la circunstancia y contexto (ej.: muestra apropiadamente entusiasmo “felicidad” durante el juego cuando está ganando/progresando, tristeza, frustración o desacuerdo cuando pierde).
	<p>3 = Habilidad para expresar es cuestionable; sin embargo, no interfiere la continuidad de la acción social.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El observador cuestiona la congruencia de la emoción con el contexto y circunstancias. - Posible limitación en afecto/actitud.
	<p>2 = Habilidad para expresar inefectiva, lo que interfiere la continuidad de la acción social.</p>

<p>Incluye expresión facial (levantar las cejas, sonreír, hacer muecas, fruncir el ceño, hacer un desprecio). Comportamientos que pueden indicar afecto son el tono de voz y vivacidad. El afecto se demuestra además a través de comportamientos tales como: sonreír y estar risueño. Además implica que la persona no se encuentra sobrepasada por la emoción y que él/ella es capaz de mostrar afecto</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Afecto embotado (menos intenso); sin embargo, aún es apropiado al contexto. - Rango limitado de afecto/actitud. - Dificultad para expresar afecto/actitudes correctas. - Afecto incongruente con el relato (sonríe mientras habla de algo triste/frustrante). - Afecto abrupto que aparece y desaparece rápidamente. <p>1 = Déficit en la habilidad de expresar, ocasionando un daño inaceptable o quiebre de la acción social.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Afecto inapropiado para la situación, ejemplo: lábil (oscila rápidamente), o es plano (no demuestra afecto), o sonríe, lagrimea o se ríe, sin elementos precipitantes. - Reacción explosiva de emoción (histéricamente se sonríe, solloza) incongruente con la situación. - No usa un rango apropiado de expresiones. Requiere la intervención de terapeuta o compañeros para apoyar cualquier carencia de afecto/actitudes o para controlar constantemente al afecto inapropiado.
<p>MODULA: Emplea un volumen e inflexión de voz al hablar. Implica que la persona no habla demasiado fuerte o demasiado suave o demasiado monótono o “cantando”.</p>	<p>4 = Inmediata y consistentemente modula, lo que apoya la continuidad de la acción social.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El relato completo es fácilmente escuchado por los miembros del grupo. - El volumen e inflexión es apropiado al contexto del relato. <p>3 = Habilidad para modular cuestionable; sin embargo, no interfiere la continuidad de la acción social.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El observador cuestiona el volumen del habla. - Posible incongruencia en la inflexión. <p>2 = Habilidad para modular inefectiva, lo que interfiere la continuidad de la acción social.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El volumen es tal que algunas palabras son escuchadas con dificultad por los miembros del grupo, o parece levemente fuerte para el contexto. - La inflexión parece incongruente con el contenido del relato. <p>1 = Déficit en la habilidad para modular, lo que ocasiona un retraso o quiebre inaceptable de la acción social.</p> <ul style="list-style-type: none"> - La persona susurra y es apenas audible y puede requerir intervención del terapeuta y/o compañeros. - La persona habla demasiado fuerte o gritando y puede requerir intervención del terapeuta o compañeros. - La persona habla en un tono monótono o “cantado”. - No hace uso del habla para comunicar mensaje.
<p>COMPARTE: Entrega información objetiva o personal. Incluye indicar la localización de objetos, circunstancias</p>	<p>4 = Inmediata y consistentemente comparte, lo que apoya la continuidad de la acción social</p> <ul style="list-style-type: none"> - identifica necesidades y/o aporta información, experiencias personales de una manera apropiada a la situación - la información no ofende a otros

<p>(“ten cuidado, la sopa está caliente”, cuenta lo que va hacer después, leer órdenes a otros, recibir instrucciones, señalar errores o peligro a otros). Puede incluir compartir información personal relevante para tareas tales como: “yo sé como hacer eso”. La información personal es compartida a fin de facilitar el logro en oposición a comprometer emocionalmente a otros.</p>	<p>3 = Habilidad para compartir cuestionable; sin embargo, no interfiere la continuidad de la acción social.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El observador cuestiona lo oportuno de la información aportada. - El observador cuestiona indecisión al entregar información objetiva.
	<p>2 = Habilidad para compartir inefectiva, lo que interfiere la acción social.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comparte inadecuadamente información objetiva, lo que interfiere la acción social.
	<p>1 = Déficit en la habilidad de compartir ocasionando un daño inaceptable o quiebre de la acción social.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evita compartir información cuando se da la oportunidad (opta por dejar pasar su turno). - Rechaza compartir o no compartir información, requiriendo intervención del terapeuta o compañeros. - La información compartida puede ofender a otros ocasionando un daño inaceptable.
<p>HABLA: Se da a entender a través del uso de palabras, frases y oraciones. Se refiere al contenido del lenguaje entendible. Además dar a conocer ideas, intenciones, etc., ser entendido por otros. (Nota: pronuncia mal el hablar de modo que no es entendible se registra bajo el verbo “articula”, dejar fluir la interacción se registra bajo el verbo “sostiene”)</p>	<p>4 = Inmediata y consistentemente habla, lo que apoya la continuidad de la acción social.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elige el uso explícito de palabras - Las oraciones tienen secuencia gramatical - Conversa con uso de oraciones completas y con significado, son claras y fácilmente comprensibles
	<p>3 = Habilidad para hablar cuestionable; sin embargo, no interfiere la continuidad de la acción social.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El observador cuestiona la elección/gramática de las palabras.
	<p>2 = Habilidad para hablar inefectiva, lo que interfiere la acción social</p> <ul style="list-style-type: none"> - El orden de las palabras puede ser muy variado de modo que no siempre tiene una secuencia gramatical y puede incluir repeticiones frecuentes de palabras parecidas. - Conversa usando oraciones completas; sin embargo, la información es un tanto incomprensible para el que escucha. El que escucha es capaz de suponer la intención del significado
	<p>1 = Déficit en la habilidad para hablar, ocasionando un daño inaceptable o quiebre de la acción social.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elección inapropiada de palabras con la aparición de dialectos (uso de sucesión de palabras que rimen, pero que no tienen significado comprensible, excepto para el que habla) o usa neologismos (inventar palabras nuevas). - La persona no habla usando oraciones y/o partes de ellas que no son entendibles, ocasionando un daño inaceptable o quiebre de la acción social. - El orden de las palabras es variado, no sigue secuencia gramatical, requiere intervención del terapeuta/compañeros para

	<p>clarificar.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Oraciones/frases desorganizadas, el significado de las oraciones es fragmentado, tanto así que sólo partes de la oración son comprensibles, necesita que alguien más intente explicar.
<p>SOSTIENE: Mantiene el habla durante un tiempo apropiado. Incluye conversar con el fin de dejar fluir la interacción/ conversación.</p>	<p>4 = Inmediata y consistentemente conversa, lo que apoya la continuidad de la acción social.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ritmo de habla apropiado, sin vacilaciones o cortes. - La duración del habla es apropiado a la conversación. - Termina de una forma apropiada la conversación. - Envía mensajes para sostener la conversación apropiadamente.
	<p>3 = Habilidad para sostener conversación cuestionable; sin embargo, no interfiere la continuidad de la acción social.</p> <ul style="list-style-type: none"> - el observador cuestiona si el cliente prescinde de su turno durante la interacción social. - El observador cuestiona vacilaciones o lentitud. - Posible ritmo inapropiado del habla. - Posible terminación inapropiada.
	<p>2 = Habilidad para sostener conversación inefectiva, lo que interfiere la acción social.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tartamudeo o vacilación ocasiona daño a la interacción social. - Hablar presionado por lo que puede ser fácilmente interrumpido, pero lo reanuda o influye en la lentitud del habla. - Lentitud al responder lo que ocasiona daño en la acción social. - Al responder con una palabra inapropiada ocasiona daño en la acción social. - Daño al prescindir de su turno y/o interrumpe inadecuadamente a otros durante la interacción social. - Duración del habla muy larga/muy breve para el contexto.
	<p>1 = Déficit en la habilidad de conversar, ocasionando un daño inaceptable o quiebre de la acción social.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tartamudeo/vacilaciones que pueden significar ser inconexo y puede requerir que el terapeuta retransmita el significado. - Presionado al hablar, por lo que necesita ser interrumpido por otros a la fuerza. - Responde con una palabra inapropiada, o da una respuesta muy corta que ocasiona quiebre de la interacción social. - No responde a la continuidad de la interacción social, requiere intervención del terapeuta o compañeros. - No concede prescindir de su turno durante la interacción social - La persona no habla (mutismo) o habla sin parar. - No envía mensajes para mantener la conversación en forma apropiada cuando lo necesita.

Componente 3. Relaciones	
COLABORA: Coordina su acción social con la de otros hacia un fin común. Implica el cómo usar su comportamiento social junto con el de otros para lograr un fin, también complicidad cuando el comportamiento de uno contribuye a la continuidad de la acción social del grupo. Implica saber cómo impulsar una conversación y cómo “ser parte de” en la interacción. Incluye usar u compartir objetos comunes, materiales y herramientas. (Nota: coordinar el movimiento del cuerpo con el de otros se registra bajo el verbo “maniobra”)	4 = Inmediata y consistentemente colabora, lo que apoya la continuidad de la acción social. - Se coordina completamente con otros, sigue instrucciones, comparte materiales y herramientas. - Es interdependiente, intercambia opiniones y trabaja con otros de manera adecuada para completar la tarea. - Ayuda a otros apropiadamente.
	3 = Habilidad para colaborar cuestionable; sin embargo, no interfiere la continuidad de la acción social. - El observador cuestiona si la cantidad de interdependencia parece ser demasiada (muy independiente) o muy pequeña (muy dependiente).. - Posible inutilidad al grupo
	2= Habilidad para colaborar inefectiva, lo que interfiere la acción social - Tiene dificultad para saber cuándo mantener la conversación y/o compartir materiales y herramientas. - La cantidad de independencia resulta en daño de la acción social (demasiado independiente, no contribuye lo suficiente, o es demasiado dependiente). - Demasiado atento, ocasiona interferencia.
	1 = Déficit en la habilidad para colaborar, ocasionado un daño inaceptable o quiebre de la acción social. - Falla al mantener conversación y/o falla al compartir materiales y herramientas en forma atingente a la situación sin apoyo. - Cantidad de interdependencia resulta en un quiebre de la tarea, ya que la persona es extremadamente independiente, no contribuye en cualquier cosa, o se resiste inflexiblemente o rechaza ayuda o es muy dependiente, requiriendo asistencia. - Requiere asistencia, estimulación, confirmación para mantener la conversación. - Es inadecuadamente atento, lo que ocasiona un quiebre de la acción social. - No usa un mismo comportamiento social para seguir junto con otros el logro de un fin
CUMPLE: Sigue las normas sociales implícitas y explícitas. Implica el conocimiento y obedecer las normas sociales generales. Ejemplo: evitar comportamientos ofensivos, modales vulgares u obviamente irrespetuosos.	4 = Inmediata y consistentemente se adapta, lo que apoya la continuidad de la acción social. - Manifiesta un comportamiento no ofensivo.
	3 = Habilidad para adaptarse cuestionable; sin embargo, no interfiere la continuidad de la acción social. - El observador cuestiona lo apropiado de los comportamientos.
	2 = Habilidad para adaptarse inefectiva, lo que interfiere la continuidad de la acción Social. - Se muestra inadecuado, comportamiento escandaloso - Uso inadecuado del lenguaje (maldice, insultar a alguien inesperadamente).

(Nota: prescindir de su turno se registra bajo el verbo “sostiene”)	<p>1 = Déficit en la habilidad para adaptarse, ocasionando un daño inaceptable o quiebre de la acción social.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comportamientos inapropiados, los cuales ofenden notoriamente a otros; provocan disgusto y ocasionan un daño inaceptable en la acción social - Pierde los estribos y muestra un comportamiento malicioso (hace alarde de su propia sexualidad, llama provocativamente a otros de modo condescendiente, nombra de una forma desdeñosa y hostil, usa un lenguaje vulgar). - Puede requerir intervención del terapeuta o compañeros.
<p>SE CENTRA: Dirige la conversación y comportamiento a desarrollar la acción social y/o a la forma ocupacional. Implica que la persona está atenta a lo que está sucediendo entre los otros de acuerdo a la forma ocupacional común. Implica la ausencia de distracción, también no estar preocupado de otra cosa. Además incluye la producción de comportamiento pertinente y habla que contribuye al proceso social y a la forma ocupacional común. Esto implica continuar un tema ya introducido hasta haber alcanzado conclusiones claras.</p>	<p>4 = Inmediata y consistentemente se centra, lo que apoya la continuidad de la acción social.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Detiene el tema hasta que el mensaje se ha comunicado completamente. - El lenguaje es relevante para la continuidad de la acción social. - Presta la atención necesaria para la continuidad de la acción social.
	<p>3 = Habilidad para centrarse cuestionable; sin embargo, no interfiere la continuidad de la acción social.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El observador cuestiona si el cliente está distraído. - El observador cuestiona si el lenguaje es relevante para la forma ocupacional y contexto. - El observador cuestiona la atención al comportamiento social.
	<p>2 = Habilidad para centrarse inefectiva, lo cual interfiere la continuidad de la acción social.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se deja llevar de un tema a otro y no vuelve a la idea original, O persiste en un sólo tema, rumorea. - Tiene dificultad para mantener la progresión lógica de oraciones sobre un tema. - Tiene dificultad en el uso de lenguaje y/o comportamiento relevante. - Se distrae en hechos poco relevantes lo que ocasiona daño; sin embargo, eventualmente vuelve al punto/acción social.
	<p>1 = Déficit en la habilidad de centrarse ocasionando un daño inaceptable o quiebre de la acción social</p> <ul style="list-style-type: none"> - No sigue sobre un mismo tema O sigue sobre un tema en exclusión de cualquier otro. - El lenguaje carece de relevancia para la forma ocupacional y/o contexto (ej.: el lenguaje no es competente para dar continuidad a la acción social). - Se distrae y no vuelve al punto/acción social sin la intervención del terapeuta o compañero(s). - No está atento a la acción social, ej.: comportamiento consecuente con estar fuera de contacto.
<p>SE RELACIONA: Asume una manera de</p>	<p>4 = Inmediata y consistentemente se relaciona lo que apoya la continuidad de la acción social.</p>

<p>actuar que intenta establecer simpatía con los otros</p>	<p>-Es espontáneo, se relaciona apropiadamente (ofrece apropiadamente. anécdotas y bromas, cumplidos a otros y realiza críticas constructivas, aporta evaluaciones y comparte apropiadamente emociones y sentimientos).</p> <p>3 = Habilidad para relacionarse cuestionable; sin embargo, no interfiere la continuidad de la acción social.</p> <p>- El observador cuestiona las estrategias utilizadas para mantener el vínculo</p> <p>2 = Habilidad para relacionarse inefectiva lo que interfiere la acción social.</p> <p>- En forma inapropiada comparte información personal lo que ocasiona un daño en la acción social.</p> <p>- Da cumplidos vagamente y parece desinteresado.</p> <p>- Tiene dificultad para mantener el vínculo y puede llevar a daño en la acción social.</p> <p>- Cuenta una historia, bromas o comunicación que impresiona pobre y/o risas inapropiadas como respuesta.</p> <p>1 = Déficit en la habilidad para relacionarse ocasionando un daño inaceptable o quiebre de la acción social.</p> <p>- No gana simpatía y puede requerir intervención del terapeuta (cuenta historias, bromas que son ofensivas y/o risas odiosas en respuesta, algo hostiles; realiza críticas o reclamos comentarios negativos y/o pobre alianza con otros).</p> <p>- Puede inicialmente desarrollar vínculos; sin embargo, es incapaz de mantenerlos.</p> <p>- No da ideas, sugerencias, estímulos, cumplidos o manifiesta acuerdo.</p> <p>- Demuestra aislamiento o retraimiento</p> <p>- Puede requerir intervención del terapeuta o compañero(s) para apoyar déficit de habilidad.</p>
<p>RESPETA: Acomoda sus reacciones o solicitudes a otros. Implica que el cliente está consciente de ser inefectivo o necesitar cambiar.</p>	<p>4 = Inmediata y consistentemente respeta lo que apoya la continuidad de la acción social.</p> <p>- Acomoda sus reacciones apropiadamente a otras personas (ej.: inmediatamente modifica el lenguaje cuando es mal entendido por otros: usa palabras diferentes, repite la frase o elabora cuando su(s) compañero(s) no entienden).</p> <p>- Acomoda espontáneamente sus reacciones a otras personas.</p> <p>3 = Habilidad para respetar cuestionable; sin embargo, no interfiere la continuidad de la acción social.</p> <p>- El observador cuestiona si el cliente está consciente de necesitar acomodarse.</p> <p>- El observador cuestiona lo apropiado de las acomodaciones.</p> <p>- El observador cuestiona la rapidez de las acomodaciones.</p> <p>- Posible carencia de modificación del contenido del lenguaje usado con la consiguiente confusión de compañero(s).</p> <p>2 = habilidad para respetar inefectiva lo que interfiere la continuidad de la acción social.</p>

	<ul style="list-style-type: none"> - Inicialmente el cliente no está consciente de necesitar cambiar; sin embargo, acomoda. - Tiene dificultad para hacer acomodaciones apropiadamente. - Es un poco lento en acomodarse. - Lentitud para modificar/clarificar contenido del lenguaje con la consiguiente confusión de compañero(s)
	<p>1 = Déficit en la habilidad de respetar ocasionando un daño inaceptable o quiebre en la acción social.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El cliente no está consciente de necesitar acomodarse. - No realiza apropiadamente las acomodaciones. - puede hacer apropiadamente la acomodación; sin embargo, ésta también es lenta ocasionando un daño inaceptable a la acción social. - puede requerir intervención del terapeuta o compañero(s) para apoyar el déficit en la habilidad.

S. Parkinson KFGK. manual del usuario del perfil ocupacional inicial del modelo de ocupacion humana(MOHOST). 2nd ed. chicago; 2004.